

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Convegno Nazionale

**Salute e Transculturalità.
L'impegno scientifico e il contributo operativo
del *National Focal Point* italiano**

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 4 giugno 2009

RIASSUNTI

A cura di
Anna Colucci, Pietro Gallo, Giovanni Rezza e Anna Maria Luzi
Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
09/C3

Istituto Superiore di Sanità

Convegno Nazionale. Salute e Transculturalità. L'impegno scientifico e il contributo operativo del National Focal Point italiano. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 4 giugno 2009. Riassunti.

A cura di Anna Colucci, Pietro Gallo, Giovanni Rezza e Anna Maria Luzi
2009, ix, 59 p. ISTISAN Congressi 09/C3

Il *National Focal Point* italiano è un *Network* Nazionale, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che da undici anni vede il contributo di esperti di Istituzioni Pubbliche, Organizzazioni non Governative e Associazioni di Volontariato impegnati nella programmazione di interventi di promozione e tutela della salute della persona straniera, nonché di prevenzione delle malattie infettive, con particolare riferimento all'infezione da HIV. Nel tempo, la collaborazione integrata tra i diversi professionisti si è sviluppata in attività di ricerca, di informazione e di formazione. Il Convegno Nazionale finalizzato ad illustrare le attività svolte dalla Rete nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nelle popolazioni migranti, costituisce un appuntamento annuale con il mondo scientifico e con esperti del settore. L'evento rappresenta un momento importante per riflettere e confrontarsi sulla necessità di condividere strategie di intervento, che tengano conto dell'unicità della persona straniera, della complessità delle tematiche trattate e della necessità di attivare percorsi di salute in grado di raggiungere tutti gli individui presenti sul territorio nazionale.

Parole chiave: Popolazioni straniere, Malattie infettive, Prevenzione

Istituto Superiore di Sanità

National Conference. Health and Transculturality. The scientific and operational support of the Italian National Focal Point. Istituto Superiore di Sanità. Rome, June 4, 2009. Abstract book.

Edited by Anna Colucci, Pietro Gallo, Giovanni Rezza and Anna Maria Luzi
2009, ix, 59 p. ISTISAN Congressi 09/C3 (in Italian)

The Italian National Focal Point is a national Network coordinated by the Istituto Superiore di Sanità (ISS) whose contribution has been planning interventions to protect foreign person's health from infectious diseases - with special reference to HIV infection - for eleven years. The Istituto Superiore di Sanità has also received precious contribution from public institutions, non-governmental and voluntary organizations experts. Such a partnership between different professionals has then developed in research, prevention and training activities. The National Conference was born to illustrate the activities of the Network within the field of infectious diseases prevention in migrant populations; the Conference has later become the annual event for both the world's scientific community and health experts. The event is therefore an important time for engaging in reflections concerning intervention strategies able to focus on foreign people's health needs all over the national territory, without forgetting the complexity of the health problem itself.

Key words: Immigrants, Infectious diseases, Prevention

Direttori del Convegno: Anna Maria Luzi, Giovanni Rezza

Responsabili scientifici: Anna Colucci, Pietro Gallo

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

Il rapporto è disponibile online sul 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, Egiziana Colletta e Patrizia Mochi*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© 2009 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

Si ringraziano i componenti del *National Focal Point* italiano per il loro prezioso e costante contributo nelle attività del *Network*:

Mario Affronti, Palermo	Miriam Lichtner, Roma
Francesco Alberici, Piacenza	Daniela Lorenzetti, Roma
Giovanni Baglio, Roma	Anna Maria Luzi, Roma
Donatella Barbina, Roma	Giuseppe Luzi, Roma
Rosa Brancatella, Roma	Mara Manghi, Reggio Emilia
Margherita Busso, Torino	Michela Martini, Roma
Stefano Buttò, Roma	Rodolfo Mayer, Roma
Giuseppina Cassarà, Palermo	Simona Meriano, Torino
Anna Colucci, Roma	Antonella Monastra, Palermo
Lucio Cosco, Catanzaro	Aldo Morrone, Roma
Pia Covre, Pordenone	Fulvia Motta, Roma
Anna D'Agostini, Roma	Luciano Nigro, Catania
Stefania D'Amato, Roma	Pierfranco Olivani, Milano
Ivano Dal Conte, Torino	Maurizio Paoloni, Avezzano (AQ)
Giorgio Dell'Amico, Modena	Rosanna Paradiso, Torino
Rosella Di Bacco, Roma	Nicola Petrosillo, Roma
Alfio Di Mambro, Roma	Chiara Pezzoli, Brescia
Alessandra Donisi, Piacenza	Tullio Prestileo, Palermo
Issa El Hamad, Brescia	Enzo Raise, Venezia
Mario Figoni, Napoli	Giovanni Rezza, Roma
Luca Fornari, Milano	Enrica Rosa, Roma
Annarosa Frati, Roma	Giulia Scaravelli, Roma
Esoka Esem Franklyn, Venezia	Gaetano Scotto, Foggia
Ngab Gadji, Perugia	Angela Spinelli, Roma
Pietro Gallo, Roma	Laura Spizzichino, Roma
Salvatore Geraci, Roma	Rudi Valli, Roma
Marina Greci, Reggio Emilia	Fulvio Vassallo Paleologo, Palermo
Vincenzo Guadagnino, Catanzaro	Alessandra Tartaglia, Foggia
Rosaria Iardino, Roma	Miriam Tallarico ^(*) , Catanzaro
Raffaele Lelleri, Bologna	

Si ringrazia Anna D'Agostini per il supporto tecnico-amministrativo nella gestione del *National Focal Point* italiano e per la collaborazione nella Segreteria organizzativa del Convegno.

Si ringraziano Veronica Bizzotti, Alessia Caratelli, Daniela Casale, Valerio Occhiodoro della Segreteria tecnico-organizzativa, per il loro contributo alla realizzazione del Convegno.

INDICE

Programma	v
Note per la consultazione	ix
Relazioni	1
Poster	23
Indice degli autori	57

PROGRAMMA

Giovedì 4 giugno 2009

- 08.30 Registrazione dei partecipanti e Questionario ECM (pre-test)
- 09.15 Indirizzo di benvenuto
Enrico Garaci
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
- 09.30 Saluto di benvenuto
Fabrizio Oleari
Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero del Lavoro,
della Salute e delle Politiche Sociali
- 09.45 Introduzione ai lavori
Antonio Cassone
Direttore del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate,
Istituto Superiore di Sanità
- 10.00 *Il ventesimo secolo e il fenomeno migratorio: aspetti sanitari*
Giovanni Rezza
- 10.20 *Il ventesimo secolo e il fenomeno migratorio: politiche e norme sanitarie*
Salvatore Geraci
- 10.40 *Il National Focal Point italiano*
Anna Maria Luzi, Anna Colucci
- 10.50 Coffee-break

Sessione I

MALATTIE INFETTIVE

Coordinatore: Stefania D'Amato

- 11.10 Introduzione
Stefania D'Amato
- 11.15 *Ruolo del fenomeno migratorio nella diffusione dell'infezione tubercolare
in popolazione HIV-positiva*
Vincenzo Vullo, Miriam Lichtner

11.30 *Epatiti virali nel migrante*
Issa El Hamad

11.45 Discussione

Sessione II

VIROSI ESOTICHE DI IMPORTAZIONE

Coordinatore: Roberto Cauda

12.00 Introduzione
Roberto Cauda

12.05 *Malattie da importazione: Dengue e Chikungunya*
Loredana Nicoletti

12.20 *Arbovirosi trasmesse da culicidi*
Michele Dottori

12.35 Discussione

Sessione III

INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE

Coordinatore: Barbara Suligoj

12.50 Introduzione
Barbara Suligoj

12.55 *Le infezioni sessualmente trasmesse e la popolazione migrante*
Enzo Raise

13.10 *Patologie infettive nelle popolazioni straniere/migranti*
Tullio Prestileo, Giuseppina Cassarà

13.25 Discussione

13.40 Lunch

Sessione IV

NUOVI SCENARI NELL'AREA SANITARIA

Coordinatore: Nicola Petrosillo

14.30 Introduzione
Nicola Petrosillo

- 14.35 *INMP e salute globale*
Aldo Morrone
- 14.50 *La diagnosi delle malattie del sistema immunitario
nella popolazione migrante*
Giuseppe Luzi, Simonetta Salemi
- 15.05 *L'impatto economico e sociale dell'infezione da HIV
nei Paesi in via di sviluppo*
Stefano Buttò
- 15.20 Discussione

Sessione V

NUOVI SCENARI NELL'AREA PSICOSOCIALE

Coordinatore: Laura Spizzichino

- 15.35 Introduzione
Laura Spizzichino
- 15.40 *Counselling transculturale ed infezione da HIV*
Marco Bellani
- 15.55 *Studio socio-comportamentale a supporto di una strategia
di prevenzione HIV/AIDS rivolta ai migranti*
Michela Martini
- 16.10 Discussione
- 16.25 Questionario ECM (post-test)
- 16.30 Chiusura dei lavori
Anna Maria Luzi

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Questo volume raccoglie gli abstract delle relazioni e dei poster presentati durante il Convegno "Salute e Transculturalità. L'impegno scientifico e il contributo operativo del *National Focal Point* italiano".

Gli abstract relativi alle comunicazioni orali seguono l'ordine delle sessioni riportate nel Programma, mentre gli abstract riferiti ai poster sono stati riportati in ordine alfabetico per il nome del primo autore.

Tutti gli autori degli abstract sono stati elencati alla fine del volume nell'Indice degli Autori.

Relazioni

IL VENTUNESIMO SECOLO E IL FENOMENO MIGRATORIO: ASPETTI SANITARI

Giovanni Rezza

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il termine migrazione ha un significato moderno, riassumibile nel "movimento di individui o famiglie, generalmente per motivi economici o sociali". Il termine "migrazione" descrive però una serie di movimenti di popolazione in diversi contesti e situazioni: invasioni, conquiste, fuga da disastri naturali, insediamenti coloniali, ecc. È sicuramente errato dire che le migrazioni rappresentano un fenomeno naturale, in quanto questo suggerisce la volontarietà dell'azione e tende ad escludere la migrazione forzata. Inoltre, anche se la migrazione è sempre esistita e ha forgiato il mondo, anche se è sempre stata parte del comportamento umano, ciò non sta a significare che oggi essa sia praticata allo stesso modo rispetto al passato. Le migrazioni preistoriche erano soprattutto dovute a mutazioni climatiche, e sono avvenute bidirezionalmente verso Sud o verso Nord. Le conquiste e gli imperi asiatici, nel medioevo, hanno portato i mongoli a spostarsi verso Est (Cina) e verso Ovest (Europa orientale). L'epoca delle esplorazioni e la migrazione coloniale ha portato alla conquista delle Americhe, e l'impatto della rivoluzione industriale è stato enorme in termini di impulso ai fenomeni migratori transoceanici. Ognuno di questi periodi ha avuto un corrispettivo sulla salute. Se è vero che la stanzialità ha creato le condizioni sufficienti per il sostenimento delle malattie infettive a carattere epidemico, sono stati poi i movimenti di popolazione a determinare i fenomeni pandemici, dalla peste del 1347, di cui lo sviluppo dell'impero mongolo fu indirettamente responsabile, alla disseminazione di vaiolo e morbillo nelle Americhe, alla comparsa della sifilide in Europa.

Nell'epoca della globalizzazione, i fenomeni migratori sono ancora aumentati, e gli spostamenti rapidi rappresentano un formidabile determinante di diffusione delle malattie infettive. Ne è un classico esempio la recente epidemia di *Chikungunya*, conseguenza della doppia migrazione di zanzare (*Aedes albopictus*) e uomini.

Non è utile negare la possibilità che i movimenti di popolazione possano contribuire alla diffusione delle malattie infettive, ma sappiamo benissimo che queste non possono essere fronteggiate con una irrealistica chiusura delle frontiere. Piuttosto, è utile aumentare le misure di sorveglianza e controllo delle infezioni, al fine di favorirne il contenimento, anche considerando il fatto che la marginalità può influenzare ritardi nella diagnosi e nell'accesso alle terapie. Infine, intervenire direttamente nei Paesi poveri può rappresentare il modo migliore per prevenire l'emergenza di malattie infettive anche a livello globale.

IL VENTUNESIMO SECOLO E IL FENOMENO MIGRATORIO: POLITICHE E NORME SANITARIE

Salvatore Geraci

Area sanitaria, Caritas Diocesana, Roma; Società Italiana Medicina delle Migrazioni, Roma

A conclusione dell'8^a Conferenza dei Ministri della Salute dei 47 Stati europei membri del Consiglio d'Europa, tenutasi a Bratislava alla fine del 2007, è stato diffuso un documento condiviso che sottolinea come "[...] Il movimento di persone all'interno dell'Europa è diventato una caratteristica integrale del nostro sviluppo collettivo, economico e sociale: la salute e la migrazione entrambe oltrepassano i confini nazionali come sfide globali che richiedono urgenti risposte globali e coordinate; [...] le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo".

Una dichiarazione di intenti che ben sintetizza un auspicabile scenario delle politiche sanitarie nei confronti dei migranti all'inizio del ventunesimo secolo. Tale auspicio si scontra con l'attualità di norme sempre più restrittive sia a livello europeo sia delle singole nazioni; incertezze politiche soprattutto nell'accoglienza e nei diritti primari; un diffuso clima di ostilità, intolleranza e, a volte, di razzismo, in particolare verso alcuni gruppi etnici.

L'Italia, pur avendo norme sanitarie altamente inclusive (diritto/dovere di iscrizione al Servizio Sanitario per la quasi totalità degli stranieri regolarmente presenti, diritto alle cure urgenti ed essenziali ed alla medicina preventiva per coloro che sono presenti irregolarmente), negli ultimi anni ha manifestato incertezze nelle specifiche politiche e nelle scelte programmatiche. Attualmente le persone in condizioni di fragilità sociale ed irregolarità amministrativa o giuridica, sia appartenenti all'Unione Europea che non comunitari, hanno crescenti difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari. I primi, a causa dell'assenza di una chiara indicazione nazionale, sono soggetti a scelte regionali difformi se non assenti (solo 10 Regioni ne hanno normato l'accesso per gli europei presenti per più di tre mesi, non residenti). Gli stranieri propriamente detti, se in condizione di irregolarità giuridica, stanno subendo un duro attacco politico che, con l'introduzione del reato di "clandestinità", minerà radicalmente la reale possibilità di accesso ai servizi. Più specificatamente nell'ambito della salute, la volontà espressa di togliere "il divieto di segnalazione" che dal 1995 vige in Italia nei confronti di immigrati irregolari che utilizzano le strutture sanitarie, sta provocando una diffusa riduzione della possibilità di cura per questa popolazione che per paura accede sempre meno agli ospedali ed agli ambulatori.

In Italia, la scelta dell'accessibilità ai servizi sanitari per tutti, negli ultimi 10 anni ha prodotto un diffuso miglioramento degli indicatori di salute per l'intera popolazione e specificatamente per gli immigrati. Riteniamo che proseguire nella strada indicata, favorendo sempre più la fruibilità delle prestazioni e soprattutto degli interventi preventivi, possa essere la migliore politica sanitaria perseguibile.

L'IMPEGNO SCIENTIFICO E IL CONTRIBUTO OPERATIVO DEL *NATIONAL FOCAL POINT* ITALIANO

Anna Maria Luzi, Anna Colucci, Pietro Gallo
Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La condivisione di obiettivi, metodologie e azioni raggiunta attraverso una continua integrazione di competenze, conoscenze ed esperienze, nonché attraverso un costante confronto attuato in un clima di ascolto e di rispetto reciproco, rappresentano un approccio innovativo che ha caratterizzato, fin dal 1997, la metodologia di lavoro del *National Focal Point* italiano (NFP).

Nel tempo, le attività del *Network*, sono state finalizzate a fronteggiare una tematica sanitaria molto complessa quale è quella della prevenzione delle malattie infettive nelle popolazioni migranti. Undici anni, infatti, sono trascorsi dalla costituzione del NFP che, grazie alla collaborazione di esperti con differenti professionalità appartenenti ad Istituzioni Pubbliche, Organizzazioni non Governative e Associazioni di Volontariato, si occupa del fenomeno migratorio e delle esigenze sanitarie ad esso collegate.

Tale Gruppo di lavoro permanente, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, si avvale, attualmente, della collaborazione di 63 professionisti provenienti da regioni del Nord, del Centro e del Sud Italia, i quali, integrando diverse competenze ed esperienze, si impegnano in ambito transculturale, sul piano della ricerca scientifica, della prevenzione e della formazione. L'attenzione dei componenti del NFP, da sempre orientata ad un'accurata analisi degli aspetti epidemiologici, preventivi, diagnostico-clinici, legislativi, organizzativi e comunicativo-relazionali che caratterizzano le malattie infettive nella persona straniera, ha consentito di raggiungere interessanti risultati.

Molto è stato fatto e si sta facendo nell'area della prevenzione, dell'informazione, della formazione e della ricerca. Numerose sono le linee progettuali realizzate e quelle in via di sviluppo che hanno trovato il sostegno del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e l'interesse dei Referenti istituzionali del nostro Ente di ricerca.

I risultati emersi dagli Studi condotti nell'area della ricerca psico-sociale mirano non solo ad individuare non solo aspetti epidemiologici, ma anche caratteristiche socio-demografiche e comportamentali di alcuni target di stranieri. Le indicazioni scaturite integrate con quelle della ricerca bio-medica, potrebbero consentire di sviluppare interventi sanitari mirati a dare risposte realmente soddisfacenti ai bisogni di salute di queste popolazioni.

Il Progetto "Promozione e tutela della salute della persona straniera attraverso l'individuazione e la sperimentazione di una metodologia di intervento nell'ambito delle malattie infettive", finanziato dal Ministero della Salute e in via di attuazione, è finalizzato ad identificare e promuovere un modello di intervento, che rappresenti un esempio tangibile di trasformazione dei risultati ottenuti attraverso l'impegno scientifico in un concreto contributo operativo da implementare in differenti aree geografiche del nostro Paese.

ALCUNE STRATEGIE DI CONTROLLO DELLA TUBERCOLOSI

Maria Grazia Pompa, Stefania D'Amato
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma

Dal 1999 al 2007, i casi di Tubercolosi (TBC) registrati in "cittadini non italiani" hanno rappresentato, nel complesso, il 35% del totale dei casi notificati nel nostro Paese. Nel periodo esaminato si è verificato un costante aumento di tale proporzione (dal 22% del 1999 al 43% del 2007), soprattutto nelle classi di età giovani e adulte. Sempre nello stesso periodo, la distribuzione dei casi notificati, per classi di età ed in "cittadini non italiani", evidenzia che il maggior numero di casi si verifica nelle classi di età intermedie, con picco nella classe 25-34 anni, peraltro la più rappresentata fra i cittadini non italiani presenti nel Paese. I dati percentuali riportati, devono essere considerati una rappresentazione indicativa del fenomeno, in mancanza della disponibilità di dati reali per il calcolo dell'incidenza. Pur esistendo un certo grado di sottotifica, il profilo epidemiologico della TBC in cittadini non italiani può risultare sovradimensionato e, soprattutto, la distorsione del dato varia tra i diversi gruppi etnici proprio per effetto della proporzione di immigrati non regolari nelle diverse comunità.

Oltre a considerare il grado di endemia della Tubercolosi nel Paese di provenienza, è importante considerare il periodo di tempo trascorso dalla data di distacco dal Paese di origine: il rischio maggiore di sviluppare la TBC si verifica durante i primi due anni dalla data di immigrazione. I dati del sistema di notifica delle malattie trasmissibili indicano come l'insorgenza della malattia, tra i cittadini non italiani, si verifichi tra il primo ed il secondo anno dall'arrivo in Italia. Nel periodo 1999-2007, entro il primo anno di arrivo si è manifestato il 15% circa dei casi; tra il primo ed il secondo anno di arrivo poco meno del 34% dei casi totali. A livello centrale sono stati posti degli obiettivi precisi per il controllo della TBC, in linea con le raccomandazioni europee. In particolare, è stato elaborato un documento, condiviso con le regioni e le province autonome, che detta dieci azioni fondamentali, tra cui l'attuazione di un programma di controllo efficace della malattia nella popolazione, ivi compresa quella immigrata.

Le strategie di controllo nella popolazione immigrata si traducono in azioni mirate a: informare la popolazione di riferimento sui diritti e doveri, sui percorsi assistenziali e sulle strategie di prevenzione; riorientare l'intero sistema verso una maggiore permeabilità e trasparenza attraverso azioni che comprendono la formazione degli operatori sanitari, al lavoro in rete, al potenziamento dell'associazionismo, a modellare i servizi in chiave transculturale e interculturale.

Questa tipologia di approccio è sicuramente un modello trasversale applicabile a beneficio della prevenzione, dell'assistenza e della cura di altre patologie quali le Epatiti virali, le Malattie Sessualmente Trasmesse e non solo della Tubercolosi.

RUOLO DEL FENOMENO MIGRATORIO NELLA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE TUBERCOLARE IN POPOLAZIONE HIV-POSITIVA

Vincenzo Vullo, Miriam Lichtner, Azzurra Miccoli
Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali, Università di Roma Sapienza, Roma

La Tuberculosis (TB) è una delle malattie infettive più diffuse nei Paesi in via di sviluppo, ma sta riemergendo rapidamente anche nei Paesi industrializzati. La causa di tale fenomeno è in parte da ascrivere ai flussi migratori ed all'aumento di patologie che determinano immunodepressione. HIV e tubercolosi sono spesso associate nei Paesi ad alta endemia di TB e causano quadri mortali determinati da ceppi multiresistenti. Si stimano 12 milioni di casi di coinfezione nel mondo. In Italia l'incremento della tubercolosi è stata registrata soprattutto nei migranti, mentre l'incidenza nella popolazione italiana non sembra in aumento.

In questo studio si è voluto valutare l'impatto del fenomeno migratorio sulla diffusione della tubercolosi nei pazienti HIV positivi.

Abbiamo analizzato i casi di Tuberculosis seguiti presso la I Divisione Universitaria del Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università Sapienza dal gennaio 2003 a dicembre 2008. Abbiamo registrato il 5% di casi di infezione tubercolare sul totale dei ricoveri. La distribuzione nel corso dei cinque anni analizzati è in netto aumento, passando dall'1,8% del 2003 (25/1.349 ricoveri totali), al 6,4% del 2008. È stata osservata un'aumentata incidenza della TB nel sesso maschile. Per quanto riguarda l'età, la quota più elevata era rappresentata da giovani adulti (con un'età mediana di 36 anni) e nel corso degli anni si è rilevata una riduzione dell'età media di insorgenza della patologia. La percentuale di casi pediatrici era abbastanza elevata (16%) e si è mantenuta costante nei 5 anni in esame. Per quanto riguarda la provenienza geografica è presente una prevalenza di cittadini migranti (75% dei casi) la maggior parte dei quali proveniva dall'America Latina (per lo più dal Perù) e dalla Romania. Nell'11% dei soggetti con TB era presente la coinfezione da HIV. In tali soggetti la percentuale di persone straniere è più bassa rispetto alla popolazione con TB HIV negativa. La provenienza più frequente risulta essere quella africana anche se sono in aumento i soggetti che provengono dall'Est europeo. Un dato interessante è legato alla risposta interferonica TB specifica che si rileva nella quasi totalità dei casi di TB HIV+, mentre è presente solo nell'84% dei pazienti con tubercolosi non HIV correlata.

L'analisi e il confronto dei soggetti con tubercolosi con e senza HIV, italiani e non italiani, permetterà di comprendere meglio una realtà in continua evoluzione al fine di individuare strategie preventive efficaci.

EPATITI VIRALI NEL MIGRANTE

Issa El Hamad, Maria Chiara Pezzoli, Antonella Ricci, Graziella Cristini
Dipartimento di Malattie Infettive, Spedali Civili di Brescia, Brescia

Le principali epatiti virali, comprendono le forme B, C, D a trasmissione parenterale e le epatiti A ed E a trasmissione oro-fecale. Gli immigrati da Paesi endemici verso Paesi a bassa endemia risultano più spesso immunizzati contro le epatiti a contagio oro-fecale, le quali presentano scarsissima (epatite E) o nulla (epatite A) tendenza alla cronicizzazione, non comportano l'evoluzione in portatori cronici e pertanto rimangono confinate nei rispettivi Paesi con scarsa tendenza all'esportazione.

Attualmente, non vi sono sufficienti conoscenze sulla reale diffusione delle epatiti virali a trasmissione parenterale tra gli immigrati nel nostro Paese e molte delle considerazioni epidemiologiche in tale senso sono ricavate da stime effettuate sulla base degli indici epidemiologici rilevati nei Paesi di provenienza. La prevalenza del virus B fra gli immigrati varia molto a seconda dell'area di provenienza e si aggira in media attorno al 10%. Inoltre, una parte importante degli immigrati giunge in Italia senza immunizzazione protettiva verso l'infezione da virus B e, quindi, rappresenta un gruppo a cui indirizzare mirate Campagne preventive, ma soprattutto estendere i programmi di profilassi vaccinale.

L'epatite D necessita della presenza del virus B per la propria replicazione e presenta una incidenza maggiore nelle popolazioni con più alta prevalenza di epatite virale B. L'epidemiologia dell'infezione da virus C rimane largamente sconosciuta negli immigrati nel nostro Paese. Alcuni studi nazionali riportano una prevalenza in migranti dall'Africa Sub-sahariana pari al 2,7% e concludono che tale prevalenza è in linea con quella dei Paesi di origine e non si discosta di molto da quella riscontrata nella popolazione locale. Al momento non vi è alcuna evidenza di un impatto dell'infezione da virus C nei migranti sulla popolazione autoctona.

Tuttavia, l'aumento del fenomeno della prostituzione e della tossicodipendenza per via endovenosa può contribuire al mantenimento di una più elevata circolazione del virus in questi soggetti e nei loro partners sessuali. Sarebbero auspicabili maggiori interventi per individuare i portatori al fine di prevenire la trasmissione dell'infezione nei contatti e per la terapia della malattia.

CHIKUNGUNYA D'IMPORTAZIONE: UN MODELLO DI INTERVENTO

Roberto Cauda

Policlinico Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Nel corso degli anni, grazie al processo di globalizzazione e agli sviluppi nelle comunicazioni, si sono potute osservare, al di fuori di quelle che sono le usuali aree geografiche alcune malattie "esotiche". Fra queste un ruolo importante è rivestito dalle virosi. Oggi citerò il caso di *Chikungunya*, virosi di recente riscontro (2007) nella provincia di Ravenna, ove grazie alla rapidità nella gestione dei dati epidemiologici, laboratoristici e clinici, è stato possibile circoscrivere i casi.

Il virus *Chikungunya*, appartenente alla famiglia delle *Togaviridae*, e trasmesso dalle zanzare del genere *Aedes albopictus* (volgarmente conosciuta come zanzara tigre) era già stato causa di precedenti epidemie fin dal 1952 in Tanzania e successivamente anche in Asia e in Africa. I casi del 2007 rappresentano il primo riscontro di tale patologia in Paesi europei.

Alla luce di quanto emerso in occasione dei casi di *Chikungunya* riscontrati in Emilia-Romagna, possiamo concludere che le virosi potrebbero essere rapidamente circoscritte e trattate adeguatamente, se fossero presenti i giusti presupposti, quali:

- conoscenza dell'epidemiologia;
- presenza di laboratori di microbiologia capaci e rapidi nell'identificazione di specie;
- conoscenza ed interpretazione corretta dei dati clinici.

MALATTIE DA IMPORTAZIONE: DENGUE E CHIKUNGUNYA

Loredana Nicoletti

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La *Dengue* e la *Sindrome Dengue emorragica/Dengue shock* sono tra le più importanti malattie trasmesse dagli artropodi all'uomo. La malattia, presente in tutte le aree tropicali, è causata da 4 sierotipi virali (*Dengue* 1-4) strettamente correlati, ma antigenicamente distinti, che fanno parte della famiglia *Flaviviridae*, genere *Flavivirus*, che comprende più di 70 virus in gran parte trasmessi da zanzare. Dal 2005 in Africa ma soprattutto nelle isole dell'Oceano Indiano e nell'India continentale, alla *Dengue* si è aggiunta la febbre da *Chikungunya* causata da un virus con lo stesso nome, appartenente alla famiglia *Togaviridae*, genere *Alphavirus*.

La zanzara *Aedes aegypti* è il principale vettore di questi virus. Tuttavia anche altre zanzare possono agire come vettore, in particolare *Aedes albopictus*, meglio nota come "zanzara tigre", che nei primi anni '90, a causa di trasporti intercontinentali di copertoni di automobili, si è insediata in Europa in particolare in Albania e in Italia dove, nell'arco di 10-12 anni, ha colonizzato quasi tutte le Regioni del Paese con focolai discontinui ma saldamente radicati sul territorio, dalla pianura alla bassa collina (400-500 m slm). Questa zanzara è stata da sempre considerata un rischio per la diffusione di *arbovirus* nel nostro continente nelle basse e medie latitudini.

Nel nostro Paese annualmente si rilevano un certo numero di casi di *Dengue* importata tra coloro che per turismo o per lavoro si siano recati in zone endemiche, o tra gli immigrati.

Fino all'estate 2007 in Europa si erano verificati solamente casi importati. Nell'agosto 2007 in provincia di Ravenna si è verificata un'epidemia in persone che non avevano effettuato viaggi all'estero. Un soggetto ammalatosi in India e arrivato in Italia nel momento di massima viremia, aveva trasmesso l'infezione alle zanzare *Aedes albopictus* locali, innescando una epidemia autoctona. In totale, più di 200 casi sono stati diagnosticati.

Le scelte disponibili per la prevenzione ed il controllo della malattia sono limitate, in quanto, in assenza di un vaccino efficace e sicuro, l'unico metodo di lotta è l'eradicazione dei vettori. Risulta, quindi, molto importante che i turisti e lavoratori che si recano in zone endemiche ricevano una corretta informazione da parte del personale sanitario e degli operatori turistici sui rischi e sulle misure di protezione individuale da adottare.

ARBOVIROSI TRASMESSE DA CULICIDI

Michele Dottori

Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, Reggio Emilia

Le specie di zanzare che, nel mondo, possono trasmettere gli *arbovirus*, sono molte e diverse tra loro. Alcune sono presenti anche in Europa. Alcune specie esotiche si sono stabilmente ambientate nei nostri territori (*Aedes albopictus*). La storia naturale comunque insegna che la relazione tra vettore (zanzara) e microrganismo patogeno (*arbovirus*) non è statica, ma, in alcuni casi, può evolvere in maniera relativamente veloce (per esempio *Aedes albopictus* e *Chikungunya Virus* oppure *West Nile Virus* e *Culex pipiens* negli USA), con conseguenze negative per la salute umana ed animale. Esistono *arbovirus* autoctoni europei, anche nella realtà nazionale, che si presentano ciclicamente, altri che possono essere introdotti ed eventualmente endemizzarsi in Paesi indenni. La globalizzazione ed i cambiamenti climatici influenzano questi processi, incrementando il rischio di infezioni e/o patologie di questo tipo nell'uomo e negli animali.

Negli ultimi anni, il progresso tecnologico, il benessere dei Paesi industrializzati e la globalizzazione dei mercati hanno indotto molte più persone e con maggiore frequenza a visitare Paesi lontani ed "esotici", sia per motivi professionali, sia per turismo. Nello stesso tempo le condizioni precarie di vita o la prospettiva di migliorare comunque la propria esistenza e quella delle loro famiglie, hanno spinto molte altre persone a migrare in Paesi dove il mercato offre maggiori opportunità di lavoro e migliori condizioni di vita. La globalizzazione ha, inoltre, comportato che spesso il flusso migratorio non è solo diretto dai Paesi in via di sviluppo a quelli industrializzati, esistono frequenti interscambi umani anche tra Paesi "poveri e soprattutto con i neonati Paesi emergenti. In molti Paesi dell'Africa, dell'America Latina e soprattutto dell'Asia esistono da sempre virus ed altri microrganismi che possono essere trasmessi tramite la puntura di artropodi. In particolare sono le zanzare a destare più preoccupazione, per la facilità con cui ricoprono il ruolo di vettori biologici di svariate malattie e perché viaggiando esse stesse assieme all'uomo e alle sue merci hanno colonizzato nuove aree del pianeta (per sempio *Aedes albopictus*).

Tuttavia la presenza degli *arbovirus* (quelli trasmessi da *culicidi* sono i più temuti a causa della loro potenzialità di diffusione nelle popolazioni) non sempre risulta evidente. I cambiamenti climatici in atto, caratterizzati dal riscaldamento globale, la deforestazione, l'antropizzazione di aree prima selvagge, la povertà e le precarie condizioni sanitarie di alcuni dei Paesi, hanno favorito un aumento dei vettori e quindi anche di casi di infezione/malattia. Da diversi anni si assiste all'aumento del manifestarsi di patologie tropicali trasmesse da artropodi anche in Europa, a carico di persone che hanno contratto l'infezione in altri Paesi (casi importati). Recentemente, proprio in Italia, si è manifestato, invece, nell'estate 2007, il primo focolaio autoctono di malattia tropicale in Europa (*Chikungunya*). È pertanto importante aggiornare le nostre conoscenze epidemiologiche e predisporre piani di intervento, in caso di emergenza o bisogno, che tengano conto delle esigenze della Sanità Pubblica, ma anche della Ricerca Scientifica.

LE INFEZIONI A TRASMISSIONE SESSUALE

Barbara Suligoj

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono oggi un settore particolarmente complesso, principalmente a causa della molteplicità di malattie che il termine IST comprende e per le diverse caratteristiche che ciascuna di esse presenta sia dal punto di vista clinico che epidemiologico.

La diffusione di patologie trasmesse per via sessuale verso le quali non è disponibile un trattamento risolutivo (quali le IST virali), la lunga infettività e latenza clinica di molte IST, insieme all'elevato rischio di gravi sequele e di cancerogenesi legato ad esse, conferma l'importanza di programmi di controllo e di prevenzione specifici per queste patologie.

In Italia, non esiste un sistema nazionale di notifica delle Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS). Tuttavia, dal 1991 è attivo un sistema sentinella di sorveglianza delle MTS, coordinato dal Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità che si avvale della collaborazione di numerosi centri pubblici specializzati nella diagnosi e cura di tali patologie. Questo sistema ha consentito di descrivere la presenza, la frequenza, l'andamento e i picchi epidemici di varie MTS, nonché di analizzare il contributo di queste infezioni nella diffusione dell'HIV. I casi segnalati al sistema di sorveglianza non rappresentano certamente tutti i casi di malattie sessualmente trasmesse, ma possono fornire un'utile indicazione sulla diffusione di tali patologie nel nostro Paese e su alcuni cambiamenti temporali rilevabili in Italia.

Verranno presentati i dati relativi alla diffusione delle malattie a trasmissione sessuale in Europa ed in Italia. I dati italiani, che si basano sul sistema nazionale di sorveglianza delle malattie a trasmissione sessuale e su studi specifici svolti in diverse aree italiane, verteranno sulle principali infezioni virali e batteriche sessualmente trasmesse, con attenzione specifica sulla diffusione di queste patologie tra gli stranieri. In particolare, verranno analizzate le caratteristiche dei pazienti stranieri affetti da IST, sottolineando le differenze rispetto ai pazienti italiani. Verranno inoltre presentati i dati relativi ad alcune IST particolarmente frequenti in determinati sottogruppi di stranieri, e le correlazioni di queste infezioni con l'infezione da HIV in tali sottogruppi.

LE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE E LA POPOLAZIONE MIGRANTE

Enzo Raise, Francesca Ebo, Erika Morelli, Esoka Esemé Franklyn, Andrea Barelli
Malattie Infettive, Ospedale Ss. Giovanni e Paolo e Dell'Angelo, Venezia

In Italia nel 1995 gli stranieri erano il 3% del totale dei casi di AIDS, nel periodo 2006-2007 divennero il 22%, ma tale incremento è temperato dall'aumento della popolazione straniera (aumento dei permessi di soggiorno) e quindi dall'aumento dei flussi migratori, in realtà, rapportato a ciò, vi è stata una diminuzione del 70% per gli uomini e del 54% tra le donne. I dati del sistema di sorveglianza parziale italiano, basato su alcune Regioni e Province, hanno registrato un aumento dall'11 al 34% dei casi di HIV tra gli stranieri, considerando però il rapporto con i permessi di soggiorno in realtà si è passati da 104 a 72/100.000 uomini e dal 59,2 al 45,3/100.000 donne.

La maggior parte dei casi di HIV è legata alla trasmissione sessuale. La sifilide, in Italia, è passata da 0,79 casi/100.000 del 2000 al 2,35/100.000 del 2006. In Veneto il rapporto tra la popolazione residente straniera regolare ed irregolare e quella locale è di 1:8 di contro quella con HIV è di 1:2, le persone che giungono in Veneto già in fase di AIDS o che si è sviluppato entro i primi 6 mesi sono il 28% dei casi di AIDS totali, su 330 nuovi casi di HIV/anno, 230 sono veneti e 100 in media sono stranieri.

La provenienza di HIV nel Veneto è dalla Nigeria, Senegal, Cameroun. L'HBV è un altro marcatore di trasmissione sessuale con un minimo nel 2002 (uomini 2,40 e donne 0,77/100.000) ed un aumento nel 2005: uomini 2,61 e donne 1,20/100.000 (provenienza dell'infezione legata maggiormente a rapporti sessuali con donne dell'Est Europa). Il Centro MST delle Malattie Infettive veneziane ha evidenziato HIV positività nelle africane prostitute (maggiormente nigeriane) con diffusa presenza di HPV (41% in donne giovani prostitute di 29+/-4 anni), Ureaplasma U. (48%), *Gardnerella* V. 24%, Tric.V. 3,7%. Le reinfezioni sono frequenti per l'uso non continuativo del condom. Il 4% delle persone HIV positive presentava lesioni orali da HPV (vs 0,4% popolazione di controllo). Uno studio multicentrico in corso nella Regione Veneto valuterà, su base volontaria, nei soggetti stranieri che si presentano al Pronto Soccorso per qualsiasi motivo l'HIV, VDRL, HbSAg, HCV, Quantiferon, ciò determinerà un quadro più chiaro della diffusione di tali patologie.

PATOLOGIE INFETTIVE NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE

Tullio Prestileo (a), Giuseppina Cassarà (b)
(a) *Ospedale Casa del Sole e Pisani, Palermo*
(b) *Fondazione S. Raffaele, Cefalù, Palermo*

Se è vero che gli immigrati sono generalmente persone giovani in buone condizioni di salute, è pur vero che a causa delle sempre più dure condizioni di viaggio per raggiungere le coste italiane e successivamente per le precarie condizioni socio-economiche nel Paese ospite, si vanno trasformando in una popolazione particolarmente vulnerabile a seguito del concentrarsi di una serie di fattori di rischio per la salute.

La tappa forzata in Libia diventa sempre più lunga in attesa di trovare posto in una delle imbarcazioni che attraversano clandestinamente il Mediterraneo a danno dell'unico patrimonio che queste persone portano con sé: la salute. Le violenze ed abusi sessuali subiti dai migranti durante il viaggio fanno sì che sia sempre più frequente la presenza di donne giovanissime che sbarcano a Lampedusa con patologie sessualmente trasmesse acquisite durante i mesi di viaggio attraverso il deserto del Sahara e la Libia.

Le precarie condizioni igienico-sanitarie, la povertà, la promiscuità abitativa, le indecenti condizioni lavorative a cui sono sottoposti i "clandestini" e i richiedenti asilo politico sono sicuramente da imputare come i primi fattori responsabili di una serie di patologie "da povertà". Questi fattori di rischio sono terreno fertile per l'attecchimento di malattie definite da disagio o da degrado e che indicano uno stato di estrema emarginazione. Per tale ragione ricompaiono malattie quali Tubercolosi, scabbia, pediculosi, alcune infezioni virali, micotiche e veneree, legate storicamente a condizioni di emarginazione e fragilità sociale ed economica.

In atto non disponiamo di dati nazionali sulla diffusione dell'HIV nella popolazione immigrata, che in ogni caso non può essere considerata una categoria unica, proprio per il carattere fortemente policentrico del fenomeno migratorio in Italia, con più di 200 etnie presenti sul territorio nazionale. Tutti gli studi sull'infezione da HIV e da virus epato-tropici maggiori condotti finora in Italia su campioni di popolazione immigrata, presente sia regolarmente che clandestinamente, sembrano testimoniare che gli immigrati si infettano vivendo in "territori ad alto rischio" legati alla prostituzione ed alla tossicodipendenza.

I principali nodi critici che riguardano la salute dei migranti interessano quindi le modalità comunicative e relazionali degli operatori sanitari e la realizzazione di interventi mirati alla prevenzione dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmesse per le popolazioni mobili, attraverso programmi di *counselling* specifici modellati per una utenza tanto particolare e difficile. La mediazione interculturale e l'alfabetizzazione socio-antropologica da parte di tutti gli operatori sanitari risultano preziose e necessarie per garantire un approccio ritagliato sulla specificità del paziente in caso di patologie croniche a forte impatto emotivo e sociale (HIV), in quanto la diversità culturale differenzia i modelli esplicativi nella comunicazione dei diversi concetti di salute, cura e malattia.

NUOVI SCENARI NELL'AREA SANITARIA

Nicola Petrosillo

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani, IRCCS, Roma

Negli ultimi anni si è verificata una modificazione sostanziale delle tre componenti principali della catena epidemiologica (agente infettivo-modalità di trasmissione-ospite suscettibile) in gioco nel determinismo delle malattie infettive.

A seguito di numerosi e complessi fenomeni, si è assistito al riemergere di vecchi patogeni considerati in via di estinzione (es. tubercolosi) e all'emergere di nuove epidemie (*Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS*, Febbri emorragiche virali). I fattori che contribuiscono all'emergenza di nuove e vecchie malattie infettive, comprendenti anche nuove o mutate occasioni di trasmissione attraverso le specifiche modalità per agente infettivo, possono essere distinti in:

- demografici: rapporto popolazione rurale/popolazione urbana (*Dengue*), proporzione di immunodepressi nella popolazione generale (Infezioni opportunistiche);
- comportamento umano: comportamenti sessuali, tossicodipendenza (HIV, HCV), mancata aderenza ai programmi vaccinali (diffusione di malattie prevenibili con i vaccini);
- viaggi e commerci internazionali: movimenti di popolazioni e merci, viaggi aerei (*SARS*, Influenza, Infezioni trasmesse da vettori, Colera 0139);
- cambiamenti ecologici: modifiche nelle coltivazioni agricole (Febbre emorragica argentina), costruzione di dighe (Febbre della valle del *Rift*), cambiamenti dell'ecosistema idrico, deforestazione, riforestazione, alluvioni, cambi climatici (Sindrome polmonare da *Hantavirus* negli Stati Uniti);
- tecnologici ed industriali: globalizzazione in campo alimentaristico (epidemie di *E. coli*), uso di antibiotici nell'industria alimentare (incremento di infezioni da germi antibioticoresistenti, Enterococchi Resistenti alla Vancomicina es. VRE);
- modificazioni ed adattamenti microbici: es. sviluppo di resistenze agli antibiotici, modificazione dei virus influenzali (Influenza aviaria);
- interruzione delle misure di sanità pubblica: riduzione/interruzione dei programmi di prevenzione (epidemie di Poliomielite e di Difterite nei Paesi dell'ex Europa dell'Est);
- eventi bellici: modifica delle condizioni economiche, fenomeni migratori, epidemie in campi di raccolta, ecc.

Gli aspetti transculturali sono, in qualche modo, il *fil rouge* che unisce e identifica, per ognuno dei fattori soprariportati, le criticità. L'analisi dell'interazione delle condizioni che caratterizzano lo sviluppo delle malattie infettive con gli aspetti transculturali rappresentano dunque la sfida ed i nuovi scenari sanitari per i prossimi decenni.

INMP E SALUTE GLOBALE

Aldo Morrone

Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà, INMP, Roma

È oggi sempre più evidente quanto la salute sia imprescindibilmente legata all'ambiente sociale nel quale gli esseri umani vivono. Il patrimonio di salute non dipende infatti solo da fattori genetici, biologici, chimici e fisici ma anche, e soprattutto, dai contesti socio-economici. La condizione socio-culturale delle persone influenza il rischio di ammalarsi, il decorso e spesso l'esito della malattia.

È dimostrato da studi internazionali, che un modello valido di welfare state deve integrare un servizio sanitario nazionale, solidale, pubblico ed universale, poiché è inevitabile che disuguaglianze economiche, sociali e culturali determinino iniquità nell'accesso ai servizi sanitari. E questo è vero ovunque, anche in Paesi come l'Italia, in cui il benessere economico sembra essere molto elevato, ma dove il fenomeno dell'esclusione sociale e della marginalità presenta un'incidenza crescente. In questi ultimi anni si è assistito infatti ad un aumento, sia delle disuguaglianze di salute che di esclusione sociale e le fasce di popolazione più emarginate si sono ampliate soprattutto per l'arrivo di molti stranieri da Paesi poveri. Appare allora necessario proporre la sperimentazione di attività di ricerca, diagnosi, cura e formazione che affrontino questo tema e promuovano le azioni di contrasto che il sistema sanitario può efficacemente costruire contro l'emergere della salute diseguale, a favore degli italiani come degli stranieri.

Questo lo scopo principale che guida la costruzione dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà. L'INMP, sulla base dell'esperienza iniziata nei primi anni '80 con l'attività della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto dermosifilopatico Santa Maria e San Gallicano - IRCCS presso gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma, porta avanti un lavoro scientifico, clinico, di ricerca e formazione, che lo configura, oggi, come una struttura altamente specializzata nell'analisi e nella cura delle condizioni di salute delle popolazioni migranti, richiedenti asilo, vittime della tratta, senza fissa dimora e nomadi, e del contrasto delle patologie della povertà.

Siamo convinti che, ora più che mai, sia vitale invertire il circolo vizioso che, a partire dalle svantaggiate condizioni di vita e di lavoro, produce una riduzione del livello di salute nei gruppi deboli della popolazione che, a sua volta, aumenta il peso economico delle spese sanitarie evitabili e peggiora il livello socio-economico di questi gruppi. E, per la parte che compete ai sistemi sanitari, affermiamo con convinzione che è fondamentale che anch'essi promuovano un inverso circuito virtuoso, poiché sappiamo che la riduzione delle disuguaglianze di salute comporta anche una minore spesa sanitaria evitabile ed aumenta le possibilità di inserimento sociale e lavorativo. È questo l'ambizioso quanto entusiasmante progetto che l'INMP sta perseguendo.

LA DIAGNOSI DELLE MALATTIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE

Giuseppe Luzi (a), Sara Caporuscio (a), Simonetta Salemi (b)

(a) *Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma Sapienza, Roma*

(b) *Unità Operativa Complessa di Medicina Interna, Ospedale Sant'Andrea, Roma*

Il problema della migrazione è ben noto per le implicazioni economiche, umane e assistenziali che ha generato nel corso degli ultimi venti anni. Nell'ambito assistenziale non sono noti elementi sulla distribuzione della patologia immunitaria nella popolazione migrante, sia per quanto riguarda i deficit immunitari congeniti e acquisiti, sia per quanto concerne le malattie autoimmuni e a patogenesi allergica. Pertanto, lo stato immunitario dipende da numerosi fattori (genetici, ambientali, psicoemotivi); l'individuo migrante affronta varie condizioni di stress che possono alterare il suo assetto immunitario; non esistono dati significativi sul rapporto tra malattie del sistema immunitario e condizioni di vita correlate alla migrazione; le patologie a carico del sistema immunitario in migranti di varie popolazioni sono sostanzialmente poco conosciute.

La struttura del sistema immunitario è costituita da molecole e cellule che definiscono una risposta specifica o non specifica. Le immunodeficienze sono distinguibili in Immunodeficienze Primitive (IDP) e in Immunodeficienze Secondarie (IDS). Studi epidemiologici hanno dimostrato un'ampia variabilità delle IDP in termini di prevalenza nelle diverse regioni e popolazioni. Alcuni Paesi hanno creato registri per valutare la prevalenza e le caratteristiche delle diverse immunodeficienze. Nell'ambito dell'Unione Europea esiste un sistema di raccolta dati che rappresenta un serbatoio importantissimo per l'identificazione delle forme di IDP (ESID, *European Society for ImmunoDeficiencies*).

Si considera anche il raggruppamento delle malattie *autoimmuni* sistemiche (*Lupus Eritematoso Sistemico, Artrite Reumatoide, ecc.*) o d'organo (tiroidite autoimmune, ecc). Il migrante con patologia autoimmune ovviamente si recherà presso il centro assistenziale con struttura "generalista", e quindi l'opportunità di caratterizzare questi pazienti dipende da come avviene l'interazione tra i diversi livelli di competenza e la disponibilità di adeguati centri di analisi. Per quanto riguarda le malattie allergiche vanno considerati i seguenti punti: le malattie allergiche hanno patogenesi immunitaria e non immunitaria; in caso di soggetti sensibilizzati possono esserci allergeni sconosciuti o poco noti; come è applicabile un test per allergia in rapporto ad allergeni sconosciuti?

Per evidenziare una distribuzione preliminare e quindi approfondire gli aspetti biomedici e assistenziali nella popolazione migrante il progetto in corso presso l'Ospedale Sant'Andrea (attualmente nella sua fase preliminare di organizzazione), include i seguenti punti:

- ricognizione storica su archivio del nosocomio S. Andrea, dal 2001;
- acquisizione di dati anamnestici di base;
- acquisizione elementi di laboratorio significativi per patologia a carico del sistema immunitario;
- selezione e approfondimento degli aspetti diagnostici.

L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE DELL'INFEZIONE DA HIV NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

Stefano Buttò

Centro Nazionale AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Si stima che, nel 2007, circa 3 milioni di persone si siano infettate con il virus dell'HIV e che oggi 33 milioni di persone vivano con questo virus. L'epidemia rimane estremamente aggressiva e virtualmente nessun Paese ne è indenne, ma l'Africa Sub-sahariana è la regione geografica più colpita. In particolare, in questa area si concentrano i 2/3 delle persone con infezione da HIV. L'infezione ormai non è confinata a particolari gruppi a rischio e, in Africa Sub-sahariana, la trasmissione sessuale dell'infezione è di gran lunga la modalità predominante di contagio. L'epidemia da HIV in Africa ha un impatto negativo su molti aspetti economici e sociali.

Impatto sulla struttura sociale. In Paesi come lo Swaziland, si sta osservando una progressiva riduzione della aspettativa di vita. Ciò comporta fin da ora una riduzione della capacità produttiva, anche in termini di sussistenza. Le famiglie spesso sono costrette a ritirare le figlie dalla scuola perché si prendano cura dei familiari ammalati. Le giovani vedove dell'AIDS divengono, inoltre, responsabili di ogni sostentamento.

Impatto sulla povertà. Studi in Sud Africa condotti su famiglie affette dall'infezione da HIV, hanno mostrato come il dover fronteggiare l'AIDS causi una riduzione del reddito, già bassissimo, del 66-80%.

Impatto sulla capacità produttiva. L'AIDS compromette la sicurezza economica e lo sviluppo in quanto colpisce in primo luogo la popolazione giovane in età lavorativa. L'epidemia erode la crescita economica attraverso l'impatto sulla forza produttiva, i risparmi, la capacità di erogare i servizi essenziali.

Impatto sull'educazione. Gli insegnanti appartengono alla classe di età più colpita dall'infezione da HIV. La perdita di insegnanti capaci e la ridotta frequenza scolastica si traduce in generazioni future di lavoratori meno professionali e quindi in produzioni qualitativamente sempre più carenti.

Impatto dell'AIDS sul settore sanitario. Strategie efficaci per affrontare l'AIDS hanno bisogno di sistemi sanitari organizzati, efficaci e flessibili. Purtroppo l'epidemia ha colpito Paesi in cui la riduzione delle spese pubbliche aveva già messo a dura prova l'efficienza dei servizi sanitari.

Impatto dell'AIDS sui bambini. Le dimensioni del problema dei bambini resi orfani dall'AIDS assumono aspetti angoscianti nell'Africa Sub-sahariana, dove 12 milioni di bambini hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'infezione.

La disponibilità diffusa di terapie antivirali ha ridotto in modo drastico la mortalità per HIV nei Paesi industrializzati. Ma si è generato un gap enorme tra il Nord ed il Sud del mondo per quanto riguarda l'infezione e i danni devastanti da essa provocati. Le difficoltà connesse alla gestione della terapia antiretrovirale si moltiplicano nei Paesi in via di sviluppo e fanno sì che la terapia antiretrovirale non penetri in questi Paesi. Pertanto altri programmi per prevenire l'infezione sono necessari.

NUOVI SCENARI NELL'AREA PSICOSOCIALE: BISOGNI E INTERVENTI

Laura Spizzichino

Unità Operativa Comportamenti a Rischio e Malattie Infettive, Azienda Sanitaria Locale RME, Roma

La fase attuale dell'epidemia da HIV è caratterizzata dalla disponibilità di trattamenti farmacologici efficaci condizionata dalla conoscenza del proprio stato sierologico, dall'accesso ai centri di cura e dall'aderenza piena alle prescrizioni mediche. Nel lavoro di prevenzione e trattamento rivolto alle persone straniere è indispensabile tener conto della possibile influenza delle peculiarità culturali e della condizione stessa di immigrati.

Test & Counselling. Il ritardo di diagnosi, molto diffuso nel nostro Paese, riguarda il 70% degli stranieri contro il 38% degli italiani. Tale situazione implica la necessità e l'urgenza di permettere, favorire e incentivare l'accesso ai servizi di *Test & Counselling* alle persone immigrate: questo non ha a che fare solo con il rafforzamento delle normative e con la diffusione dell'informazione circa l'esistenza di tali centri, ma anche con l'eliminazione delle barriere e con una riflessione sulle modalità di funzionamento dei servizi stessi (individuazione dei bisogni, rilevazione della rappresentazione che i migranti hanno dei servizi e degli operatori, competenza interculturale degli operatori). È fondamentale, inoltre, tener presente che la decisione di sottoporsi al test in queste popolazioni può essere regolata e condizionata da fattori culturalmente mediati quali la percezione del rischio, le interpretazioni della medicina, della malattia, della sessualità, della morte, della vergogna, del pudore, della reputazione.

Comunicazione della diagnosi. Il modo in cui la diagnosi di sieropositività viene comunicata rappresenta una sorta di *imprinting* che condiziona i tempi e i modi di elaborazione. La formazione dei sanitari a questo preposti deve comprendere anche una consistente base transculturale in termini sia di modalità comunicative che di contenuti.

Psicoterapia alle persone con HIV. L'apprendere di essere sieropositivi in un Paese ricco se da una parte offre l'opportunità di essere curati, dall'altra tiene le persone indissolubilmente legate al Paese ospite laddove il trattamento antiretrovirale sarebbe precluso in quello di origine. Inoltre, la preoccupazione per la segretezza relativa alla propria condizione, problematica che riguarda tutte le persone con HIV, si sovraccarica per gli immigrati del timore che la notizia si possa diffondere all'interno della comunità di appartenenza fino ad arrivare ai familiari in patria e rischia di condurli all'isolamento e di influenzare la loro aderenza alla terapia. Infine, lo stato di incertezza che spesso caratterizza la convivenza con l'infezione può andare a gravare ulteriormente e accrescere lo stato di incertezza della vita di migrante.

COUNSELLING TRANSCULTURALE ED INFEZIONE DA HIV

Marco Luigi Bellani
Università degli Studi dell'Insubria, Varese

L'esigenza di attivare percorsi di promozione della salute e di tutela dall'infezione da HIV in grado di raggiungere la popolazione straniera presente nel nostro Paese, impone la necessità, da un lato, di permettere, favorire e incentivare l'accesso degli immigrati ai servizi sanitari (di *counselling* e test, in particolare) e, dall'altro, di individuare strategie capaci di riconoscere i bisogni delle persone appartenenti ad altre etnie e di potere disporre di strumenti idonei a rispondere in modo sensibile, specifico ed efficace a tali bisogni.

Tutto ciò richiede il superamento degli ostacoli creati dalle differenze culturali e dalla mancata o parziale comprensione dei diversi codici di comunicazione e di comportamento, dietro i quali si celano i saperi costitutivi che ogni persona utilizza nella costruzione di quella particolare visione del mondo dalla quale deriva la rappresentazione del concetto di salute/malattia, e che può influenzare la comprensione dell'infezione dell'HIV con le sue cause e con le azioni necessarie alla prevenzione e alla cura.

Questo approccio riconosce nel *counselling* transculturale un intervento capace di trascendere il paradigma secondo il quale esiste una realtà esterna separata dall'osservatore e conoscibile in modo oggettivo e in grado, invece, di accogliere l'idea che gli assunti culturali non possano essere disgiunti dagli individui che manifestano i valori, le credenze e i comportamenti tipici di quella stessa cultura (approccio ermeneutico). Ciò significa sviluppare nella pratica clinica quelle abilità di *counselling* che consentono di comprendere quel singolo "caso" così da pervenire alla conoscenza dell'individuo e alla comprensione del problema di salute di cui egli è portatore unitamente alle norme, alle regole e alle convinzioni che formano la sua identità culturale. Questi saperi costituiti, che vengono declinati e trasmessi nel mondo quotidiano, sono riproposti nella consultazione clinica ed entrano in risonanza con i sistemi di riferimento degli operatori divenendo, nell'intervento di *counselling*, non un momento di contrapposizione bensì, al contrario, un tentativo di co-costruzione di modelli praticabili e condivisi di salute/malattia, di prevenzione e di cura (approccio costruttivista).

STUDIO SOCIO-COMPORTAMENTALE A SUPPORTO DI UNA STRATEGIA DI PREVENZIONE HIV/AIDS RIVOLTA AI MIGRANTI

Michela Martini (a), Emanuela Forcella (b), Stefania D'Amato (c), Giulia Viola (b), Giovanni Baglio (b), Maria Grazia Pompa (c)

(a) *Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, OIM, Migrazione e Salute, Roma*

(b) *Agenzia Sanità Pubblica, ASP, Roma*

(c) *Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma*

Nell'impegno di ridurre la diffusione dell'infezione HIV/AIDS nella popolazione non possiamo ignorare la presenza di cittadini stranieri. A questo proposito l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) in collaborazione con Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, l'adesione della Provincia di Milano e il Comune di Firenze, ha iniziato un percorso di conoscenza dei bisogni in relazione alla prevenzione HIV tra gli stranieri. La ricerca mira ad elaborare risposte e strumenti efficaci per la programmazione di interventi nell'ambito della prevenzione del contagio HIV/AIDS tra gli stranieri in Italia. L'indagine ha visto la distribuzione di un questionario ad autocompilazione assistita e interviste semistrutturate. Sono state utilizzate statistiche e modelli multivariati e di regressione lineare e logistica. Il campionamento quota *sampling* è stato calcolato sui dati ISTAT, sono state raccolti 1.412 questionari e 12 interviste. I comportamenti sessuali sembrano esporre più facilmente i cittadini immigrati al rischio infezione, non la tossicodipendenza. Il 22% ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali con partner occasionali, il 14% con donne coinvolte nel fenomeno della prostituzione, il 51% e il 61% dei due gruppi ha dichiarato di aver sempre utilizzato il preservativo. Risultano essere maggiormente a rischio gli uomini, le persone sole (senza partner), con una bassa istruzione (inferiore a 9 anni), che non conoscono bene l'italiano, che conoscono meno la malattia, e che sono arrivati nel nostro Paese da meno di 1 anno. Più della metà degli intervistati campione (55%) non sapeva che il test fosse gratuito e anonimo e circa il 42% del campione pensa che non ci siano cure, questa scarsa informazione potrebbe tradursi in un basso ricorso al test HIV. Solo il 30% del campione si è sottoposto al test (principalmente per motivi legati al lavoro e non di percezione di rischio). Tuttavia il 78% degli intervistati è favorevole ad interventi di diffusione del test dell'HIV su larga scala. La migrazione stessa si conferma essere, un momento di criticità in relazione al rischio di assumere comportamenti a rischio. Associazioni, persone della comunità e gruppi religiosi appaiono come referenti principali per veicolare informazioni sulla salute tra i connazionali. Tra i referenti italiani figure tecniche quali i medici e i farmacisti, confermando l'importanza di fornire strumenti/formazioni appropriati al personale sanitario italiano. I risultati della ricerca, evidenziano come la precarietà dei fattori sociali e ambientali connessi all'esperienza della migrazione influisca sulla possibilità di assumere atteggiamenti a rischio.

Progetto promosso e finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Poster

AMBULATORIO DI INFETTIVOLOGIA DECENTRATO

Nicola Abrescia (a), Mario Figoni (a), Nunzio Racioppi (b), Corrado Maffia (b), Francesco Vista (b), Generoso Cibelli (b), Maria Diodato (b), Rosalba Mincione (b), Rosaria Marsico (b), Saverio Canitano (b), Secondino Cipriano (b)

(a) Azienda Ospedaliera Cotugno, Napoli

(b) Azienda Sanitaria Locale NA 2, Napoli

Dal febbraio 2009 è attivo l'Ambulatorio di Infettivologia Decentrato (AID) integrato nel territorio della Azienda Sanitaria Locale (ASL) NA 2 per la prevenzione, diagnosi e cura di patologie infettive. Il Progetto nasce dall'intesa fra Azienda Ospedaliera Cotugno (Ente che, con il personale della IV Divisione diretta dal Dr. Nicola Abrescia, gestisce l'AID), Comune di Quarto (nel cui territorio agisce l'AID), Provincia di Napoli (che con l'Assessorato alle Politiche Sociali finanzia il progetto) e ASL NA 2, nella cui area sorge e con le cui strutture dedicate agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) collabora l'AID). L'obiettivo generale del Progetto è garantire alla popolazione target l'accesso a un servizio di diagnosi precoce e cura delle infezioni da HIV, epatiti virali da HBV e HCV, Tubercolosi e altre Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) facilmente raggiungibile e integrato nel territorio. Con questo Progetto, l'Ospedale Cotugno si propone di uscire dalle proprie mura e di portare la propria professionalità sul territorio, verso una popolazione di immigrati particolarmente bisognosa di assistenza e cure.

Gli obiettivi specifici mirano alla:

- diagnosi precoce delle infezioni da HIV, epatiti virali e altre MST e di tubercolosi nei pazienti afferenti agli ambulatori STP del territorio della ASL NA 2;
- gestione territoriale integrata dei pazienti affetti dalle suddette patologie da parte dei medici di base degli Ambulatori STP e di specialisti infettivologi;
- il progetto prevede a livello metodologico le azioni di seguito riportate;
- offerta attiva di screening per i pazienti stranieri;
- decentramento territoriale e offerta attiva del servizio specialistico di infettivologia;
- integrazione tra il primo e il secondo livello di assistenza sanitaria, attraverso la gestione integrata del paziente da parte di medico di base (STP) e specialista infettivologo, a tal fine l'Ambulatorio STP e AID sono ubicati in locali attigui e hanno gli stessi orari di apertura; inoltre, il Progetto prevede il rafforzamento del servizio STP nelle attrezzature e nelle risorse umane.

Infine, il Progetto prevede attività di informazione e di educazione sanitaria non solo all'interno dei servizi, ma anche all'esterno, attraverso il contatto diretto con i potenziali utenti sul territorio (*outreach*), con l'utilizzo di metodologie e materiali specifici. La durata del Progetto è di 24 mesi, a partire dalla data di avvio delle attività.

SALUTE, IMMIGRAZIONE, HIV: IL CONTRIBUTO DELL'ANTROPOLOGIA CULTURALE NELLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Donatella Barbina (a), Anna Colucci (b), Pietro Gallo (b), Anna Maria Luzi (b)

(a) *Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

La crescente presenza di persone straniere nei servizi sanitari pone alcuni interrogativi sulla nostra capacità di incontrare i bisogni di salute di questa popolazione e rappresenta anche un'opportunità per evidenziare le nostre carenze relazionali e organizzative.

In questo contesto la formazione degli operatori viene percepita come prioritaria, soprattutto in ambiti "sensibili" come la prevenzione da HIV, in tutte le sue fasi.

La richiesta di formazione in genere si focalizza sulla comunicazione, sulla ricerca di modalità per favorire l'accesso a informazioni, a test diagnostici e più in generale a strutture che si occupano di prevenzione da HIV.

Spesso, in questi percorsi formativi, all'antropologia culturale viene richiesto un contributo in termini di "conoscenza", una manualistica di ciò che le persone, in quanto provenienti da un determinato Paese pensano e agiscono in termini di salute, malattia, prevenzione e HIV. Secondo quest'ottica, la conoscenza della cultura degli altri diventa il prerequisito per instaurare una buona comunicazione. Nella relazione terapeutica interculturale è invece indispensabile evitare di identificare la persona con la cultura d'origine. Ciascun individuo utilizza in modo più o meno consapevole la sua stessa identità culturale, scomponendola e reinventandola secondo contesti o necessità diverse. È, inoltre, impossibile conoscere tutte le culture, tutti i modelli sanitari, tutte le rappresentazioni dell'HIV e dell'HIV/AIDS.

Secondo la prospettiva antropologica agli operatori sono, invece, utili competenze relazionali, che attraversino la diversità culturale, che siano cioè svincolate dalla conoscenza di specifiche realtà linguistico-culturali e dall'appartenenza etnica. A partire da queste considerazioni è stato disegnato e realizzato un percorso formativo all'interno del Progetto "Valutazione di un intervento di HIV/AIDS *counselling* rivolto a cittadini stranieri", promosso e finanziato dal Ministero della Salute, nonché coordinato dall'Unità Operativa Telefono Verde AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità. Il percorso formativo si è svolto in più fasi ed è stato segnato dal filo rosso della decostruzione del concetto di "cultura" e delle categorie di inclusione ed esclusione dell'altro. L'apporto conoscitivo, che ha previsto un inquadramento generale dei modelli su salute/malattia e delle rappresentazioni del contagio nelle diverse realtà geo-culturali, è sempre stato proposto come "ipotesi di lavoro" e di discussione per una costante interrogazione sul "Noi", sui punti di contatto e di distanza con gli "Altri", sui limiti dei nostri modelli relazionali e organizzativi. Questa autoriflessione può favorire un processo di ripensamento dei nostri servizi in funzione della popolazione straniera. E un servizio sanitario accessibile e orientato all'utenza multiculturale è un servizio migliore per tutti.

POPOLAZIONE STRANIERA AFFERENTE ALL'UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA HIV DELLA ASL RM B - ROMA

Rosa Brancatella, Francesca Errigo

Unità Operativa Semplice Sorveglianza e Controllo delle Infezioni da HIV e AIDS, Azienda Sanitaria Locale RM B, Roma

L'Unità Operativa (UO) di Sorveglianza e Controllo delle Infezioni da HIV della Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma B lavora da anni al *counselling* pre- e post-test rivolto alle persone che effettuano il test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV, in tutto il territorio. Gli abitanti della ASL B sono circa 750.000. Negli ultimi anni il fenomeno migratorio ha visto aumentare in questa parte di Roma (Sud-Est) la presenza di stranieri relativamente alla possibilità di trovare alloggi in questa parte della città.

Nel poster vengono descritti i flussi di presenza dei pazienti afferenti al servizio nel 2008. In un anno (2008) sono stati eseguiti 11.814 test. Di questi i test risultati negativi sono 11.753 per popolazione sia italiana che straniera. È stato offerto l'intervento di *counselling* a 8.459 persone risultate negative.

I test risultati positivi complessivamente sono 61.

Gli stranieri risultati positivi sono stati 13.

Da un'analisi dei dati della popolazione straniera HIV positiva si deduce che la maggior parte di essi è reclusa negli Istituti penitenziari di Rebibbia. La fascia di età è compresa tra i 30 e 40 anni. Per la maggior parte degli utenti dell'UO è sconosciuta la modalità di contagio dell'HIV.

DONNE E MIGRAZIONE: FORMARE PER PREVENIRE

Margherita Busso (a), Ilaria Bologna (a), Paolo Leoncini (a), Claudia D'Aloisio (b), Maryam El Gendy (a), Dime Matar (a), Sonia Schincaglia (a), Rosanna Bersani (c), Pietro Caramello (a)

(a) *Ambulatorio Mi.Sa. Malattie Infettive e Tropicali, Divisione A, Ospedale Amedeo di Savoia, Azienda Sanitaria Locale TO 2, Torino*

(b) *Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Locale TO 2, Torino*

(c) *Consultorio Familiare, Azienda Sanitaria Locale TO 2, Torino*

Il Progetto sviluppa quanto indicato dalla letteratura, ovvero la necessità di migliorare le conoscenze sulla prevenzione di HIV e Malattie a Trasmissione Sessuale (MST) in donne immigrate a particolare rischio di acquisire MST (e patologie oncologiche correlate) e di incorrere in gravidanze indesiderate e aborti. L'ambulatorio Mi.Sa. dell'Ospedale Amedeo di Savoia (OAS) offre prevenzione, diagnosi e cura di HIV/MST in popolazione migrante in due sedi territoriali. L'obiettivo generale è migliorare l'educazione sanitaria e la prevenzione delle malattie tra donne immigrate. Rendere il paziente consapevole dei rischi di contagio HIV/MST e di adottare comportamenti che riducano la trasmissione.

Obiettivo specifico è, nell'arco di un anno, formare un gruppo di "educatori tra pari" attivo sul territorio e di offrire al 100% dei nuovi pazienti prevenzione, diagnosi e cura di MST e patologia oncologica correlata. La metodologia consiste in incontri con gruppi di donne svolti alla presenza di mediatori culturali di area, di un medico e di una psicologa, nella somministrazione di questionari per sondare le conoscenze preliminari dei partecipanti in tema MST, utilizzo di materiale visivo (presentazioni *power-point*), in momenti di discussione e narrazione partecipata. In circa sei mesi sono stati effettuati Gruppi di donne di area maghrebina: 5 gruppi da 2 incontri ciascuno. Due di tali incontri si sono svolti presso la Scuola Araba di Torino con un totale di 40 donne, nessuna delle quali era già paziente del Mi.Sa. I rimanenti incontri si sono svolti presso l'OAS con donne già pazienti dell'ambulatorio. Gruppi donne area africana Sub-sahariana: 1 gruppo da 2 incontri, 1 gruppo da 1 incontro singolo. Gli incontri sono avvenuti presso l'OAS con donne già pazienti dell'ambulatorio. Gruppi tema contraccezione con specialista ginecologa: 3 incontri: 1 con uomini e donne nigeriane (2 uomini + 2 donne); 1 con donne marocchine (7 donne totali); 1 con donne nigeriane (7 donne totali). Ore totali 6. Gli incontri sono avvenuti presso il Centro Informazione Salute Immigrati (ISI) 3 di Torino.

È stato effettuato in via sperimentale un Gruppo misto presso l'Ufficio Pastorale Migranti di Torino: 2 incontri per un totale di 5, circa 70 tra uomini e donne non pazienti dell'ambulatorio. L'arruolamento delle donne è risultata più semplice con il coinvolgimento di sedi associative quali la scuola araba o la scuola di lingua italiana piuttosto che pazienti dell'ambulatorio stesso. In tutti gli incontri sono state individuate figure che saranno ulteriormente formate e coinvolte per la prevenzione *on the road* per soggetti a rischio MST che dimostrano difficoltà ad afferire a strutture sanitarie.

INFEZIONE DA HIV E DONNE STRANIERE: L'ACCESSO AL TEST

Paolo Ciarlantini, Liliana Cipressi, Daniela Lorenzetti
Unità Operativa AIDS, Azienda Sanitaria Locale RMA, IV Distretto Sanitario, Roma

L'Unità Operativa AIDS (UO AIDS) territoriale di 2° livello è collocata nella periferia Nord-Est della città di Roma confinante con la provincia, territorio caratterizzato da vecchi e nuovi quartieri di edilizia popolare, da insediamenti in aree agricole, da un campo nomadi, oltre alla parte residenziale. L'utenza, sia italiana che non italiana, che affrisce al servizio non è ascrivibile a particolari tipologie, ma è rappresentativa della eterogeneità del territorio. L'accesso alla struttura avviene prevalentemente attraverso l'invio da altri servizi della Azienda Sanitaria Locale (ASL), dai medici specialisti e dai medici di base.

Nel primo trimestre dell'anno 2009 la popolazione femminile straniera risulta essere il 32% della popolazione femminile totale che si è rivolta al Servizio ed ha ritirato il test nello stesso periodo. I motivi, rilevati attraverso il *counselling* post-test, che hanno condotto le donne straniere all'effettuazione del test HIV riguardano per il 77% la gravidanza in corso, per il 13% hanno finalità preventive (nuovo partner, futura gravidanza, certificazioni), il 9% ritiene di aver rischiato, per l'1% sono motivi di ordine sanitario.

Al 31/12/2006 la popolazione straniera residente nel IV Municipio, corrispondente al Distretto Sanitario, rappresenta il 5,4% della popolazione totale residente; come area continentale di provenienza al primo posto vi è l'Asia con il 29,1%, poi l'Europa non comunitaria con il 23,1%, l'Europa comunitaria con il 17,1%, l'America con il 15,6% e l'Africa con il 14,1%.

La presenza femminile all'interno della popolazione immigrata residente rappresenta il 57,8% del totale, ed è distribuita nelle fasce d'età da 0 a 50 anni, con una maggiore concentrazione tra i 15 ed i 35 anni.

Considerando che le donne straniere sono in prevalenza in età fertile e che la UO AIDS è l'unico Servizio pubblico presente nel territorio si può dedurre che il test HIV non sempre viene prescritto in gravidanza oppure le gravidanze non sono seguite sin dall'inizio ma le donne accedono direttamente agli ospedali a ridosso del parto. Pertanto, un ulteriore aspetto al quale prestare attenzione riguarda la non prescrizione del test HIV nelle Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate presso gli ospedali pubblici di riferimento.

PERSONE STRANIERE CON INFEZIONE DA HIV

Anna Colucci (a), Pietro Gallo (a), Issa El Hamad (b), Maria Chiara Pezzoli (b), Gianpiero Carosi (b), Tommaso Speranza (c), Nicola Petrosillo (c), Tullio Prestileo (d), Giancarlo Ceccarelli (e), Miriam Lichtner (e), Vincenzo Vullo (e), Giuseppina Cassarà (f), Mario Affronti (f), Alessandra Donisi (g), Patrizia Ortolani (h), Massimo Arlotti (h), Monica Chiriotto (i), Ivano Dal Conte (i), Margherita Busso (j), Miriam Tallarico[†] (k), Vincenzo Guadagnino (k), Cristina Negri (l), Mauro Moroni (l), Sebastiano Miccolis (m), Alfredo Scalzini (m), Esoka Esemé Franklyn (n), Enzo Raise (n), Gaetano Brindicci (o), Laura Monno (o), Ida Calamaro (p), Alberto Vito (p), Mario Figoni (p), Nicola Abrescia (p), Marco Poli (q), Francesco Mazzotta (q), Giovanni Rezza (a), Anna Maria Luzi (a)

(a) *Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Spedali Civili di Brescia, Brescia*

(c) *Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani, IRCCS, Roma*

(d) *Ospedale Casa del Sole e Pisani, Palermo*

(e) *Università di Roma Sapienza, Roma*

(f) *Policlinico P. Giaccone, Palermo*

(g) *Ospedale G. da Saliceto, Piacenza*

(h) *Ospedale Infermi, Rimini*

(i) *Ospedale Amedeo di Savoia, Torino*

(j) *Mi.Sa. Ospedale Amedeo di Savoia, Torino*

(k) *Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro*

(l) *Ospedale L. Sacco, Milano*

(m) *Ospedale Carlo Poma, Mantova*

(n) *Ospedale Ss. Giovanni e Paolo e dell'Angelo, Venezia*

(o) *Policlinico Universitario, Bari*

(p) *Ospedale Cotugno, Napoli*

(q) *Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze*

Nel periodo settembre 2005-marzo 2008 è stato svolto lo Studio osservazionale "Development of prevention programs aimed at identifying the health needs of foreign citizens regarding HIV/AIDS infection through the involvement of Italian National Focal Point (IInd year)" condotto in centri clinici del Nord, Centro e Sud Italia, finalizzato a descrivere le caratteristiche socio-demografiche degli stranieri con infezione da HIV, nonché ad identificare eventuali comportamenti a rischio adottati da tale target.

Sono stati arruolati 1.057 stranieri con infezione da HIV, di questi, 28 hanno rifiutato l'intervista, pertanto, l'analisi si riferisce a 1.029 soggetti.

La popolazione studiata è costituita per il 49,4% da maschi. L'età mediana dell'intero campione è di 34 anni [IQR 29-40] e nel 49,3% si tratta di persone celibi/nubili. Il livello di istruzione è medio alto (37,8% diploma di scuola media inferiore, 31,7% scuola media superiore). Riferisce di avere un'occupazione il 38,9% dei rispondenti. La metà (49,3%) dei soggetti intervistati proviene da Paesi dell'Africa Sub-sahariana. Il 50% degli intervistati è in Italia dall'anno 2000 o da meno tempo.

L'età mediana al primo rapporto è pari a 16 anni. La proporzione di quanti dichiarano di usare "sempre" il preservativo nei rapporti vaginali con partner stabile, è pari al 51,6% (215/417), al 55,3% (145/262) nei rapporti anali e al 14,1% (48/341) nei rapporti orogenitali. La motivazione principale che spinge i soggetti intervistati a non utilizzare il preservativo è "perché non è stato considerato necessario" (64,4%-230/357).

La proporzione di coloro i quali utilizzano "sempre" il preservativo nei rapporti vaginali, anali e orogenitali è pari rispettivamente al 71,0% (132/186), al 72,4% (181/250) e al 21,9% (62/283); anche per i rapporti occasionali la motivazione principale che spinge i soggetti intervistati a non utilizzare alcuna protezione è "non aver considerato necessario l'uso del preservativo" (57,8%-131/227).

Inoltre, 233 soggetti dichiarano di avere rapporti sessuali in cambio di denaro o droga, di questi il 74,4% (173/233) usa il preservativo "sempre". Coloro i quali non lo utilizzano (25,6%) riportano come motivazione principale l'aver acconsentito ad una richiesta del partner/cliente - "il partner non l'ha voluto" (55,2%-47/85).

Lo Studio evidenzia che i rapporti sessuali non protetti rappresentano la principale via di contagio e una modalità di rischio costante nel tempo. Risulta fondamentale rafforzare le strategie di prevenzione rivolte alle persone straniere che pur fruendo delle strutture sanitarie, sembrerebbero restie a tutelare la propria salute.

Progetto promosso e finanziato nell'ambito del VI Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS.

EUROPEAN NETWORK FOR HIV/STI PREVENTION AND HEALTH PROMOTION AMONG MIGRANT SEX WORKERS-TAMPEP

Pia Covre

Comitato Diritti delle Prostitute, Pordenone

Transnational AIDS/STI Prevention amongst Migrant Prostitutes in Europe Project (TAMPEP) was founded in 1993. It operates a community development and participation model that is rooted within the human rights framework, and seeks to lay a foundation for equitable access to support and services for sex workers.

TAMPEP is a network of sex work projects that covers 25 countries in Europe. The regular mapping of sex work in Europe has enabled the monitoring and reporting of the changing trends within the sex industry and the living and working conditions of sex workers. TAMPEP's experience and knowledge has been utilised to elaborate and promote a holistic vision of principles and practices for HIV prevention among sex workers.

The 2008 TAMPEP European prostitution mapping results have shown that the context of sex work has changed considerably. Europe has witnessed a rapid transformation in the sex industry and it continues to evolve with every change in legislation, public policy and law enforcement. We have witnessed an increasing diversity of sex work settings and geographic spread of sex work; a stratification of sex workers, with national sex workers forming the majority in Central and Eastern European countries and migrant sex workers forming a majority in North, South and Western European countries; significant levels of drug use and dependency, particularly among outdoor based sex workers; and local and foreign criminal elements seeking to control of sex work. These and other factors all contribute to varying degrees of vulnerability to HIV/AIDS among sex workers. The overlap between drug use and sex work is significant increase across Europe. Drug dependent sex workers vulnerability is exacerbated by the double stigma and potential criminalisation as both a drug user and a sex worker; drug using sex workers who inject face an additional risk of HIV infection if they use non-sterile injecting equipment.

The stigma and discrimination they face is exceptionally intense and keeps them from accessing key health and education services. The disproportionate levels of violence experienced by both indoor and outdoor based sex workers and the failure of the law to protect sex workers from violence has been identified across Europe as a major factor in increasing sex workers vulnerability, particularly those who have no legal status or are directly criminalised. Taking into account the above mentioned facts and the new reality of prostitution, we need urgently the developing holistic strategies on interventions covering different areas: HIV/STI prevention, health promotion, harm reduction, legal and social framework and human rights protection. A broad spectrum of community based initiatives, directed at empowerment of drug using sex workers and in reducing vulnerabilities to HIV/AIDS, can have a major impact on primary prevention inasmuch as it allows sex workers more scope in their contractual position with clients, brothel owners and pimps.

EFFICACIA DELL'ASSOCIAZIONE DI HAART E CHEMIOTERAPIA SPECIFICA IN UN CASO DI SARCOMA DI *KAPOSI* CUTANEO HIV-CORRELATO

Margherita Dalessandro, Rinalda Mariani, Valentina Paoloni, Andrea Ranelli, Maurizio Paoloni
Unità Operativa di Malattie Infettive, Ospedale Ss. Filippo e Nicola, Avezzano, L'Aquila

Nella popolazione HIV positiva l'introduzione della terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART) ha ridotto sia l'incidenza che la prognosi del Sarcoma di *Kaposi* (KS). Il nostro *case report* descrive la risposta clinica del KS in un paziente HIV+ trattato con chemioterapia specifica e HAART.

Si tratta di un paziente colombiano di 40 anni ricoverato presso la nostra divisione per ipertensione persistente nel settembre 2005. In quell'occasione veniva scoperta la positività per HIV+ e collateralmente la presenza di alcune lesioni cutanee nodulari, violacee il cui esito istologico risultava positivo per KS in fase iniziale. La stadiazione della neoplasia escludeva un interessamento viscerale. Al momento della diagnosi il paziente presentava un valore di linfociti CD4+ pari a 2 cellule/mm³ (1%), CD8+191 cellule/mm³ (40%), CD4+/CD8 pari a 0,01, mentre la rilevazione di HIV-RNA era pari a $2,4 \times 10^5$ copie/ml. Veniva quindi impostata HAART con l'introduzione di AZT+3TC+LOP/r. Nell'ottobre 2005 il paziente iniziava inoltre cicli di doxorubicina per un periodo di un anno e aldesleuchina per via s.c. fino al 2008. A causa della comparsa di grave anemia in corso di chemioterapia, è stato necessario sostituire AZT con TDF. In riferimento all'introduzione della HAART tutta l'equipe medica e paramedica ha effettuato sia durante il ricovero che nelle visite ambulatoriali successive un costante *counselling* sull'importanza della aderenza in corso di trattamento antiretrovirale. La buona aderenza del paziente era associata ad un progressivo incremento dei linfociti CD4+ ed una negatività della replicazione di HIV. A distanza di 12 mesi dalla diagnosi di KS si è assistito ad una remissione completa delle lesioni sia in termini di dimensioni che di comparsa di nuove.

Come descritto in letteratura, la soppressione della replicazione plasmatica di HIV sembra essere cruciale per il controllo di KS. Tutti i regimi antiretrovirali sia che contengano inibitori della proteasi che non, sembrano essere equivalenti purché conducano alla completa soppressione della carica virale nei pazienti *naive*. Sulla base di tali considerazioni, riteniamo che sia ancora una volta fondamentale insistere sull'aderenza alla HAART, fornendo un supporto non solo di tipo medico ma anche paramedico laddove esistano problematiche correlate all'immigrazione e alla difficoltà di comprendere la malattia.

LA PREVENZIONE AIDS SENZA CONFINI

Rosella Di Bacco

Unità Operativa AIDS II Livello Regionale, Azienda Sanitaria Locale RMC, Roma

L'Unità Operativa AIDS di II Livello Regionale della Azienda Sanitaria Locale (ASL) RM C del Distretto 11, offre particolare attenzione all'accoglienza delle persone straniere, a prescindere dal permesso di soggiorno, in quanto già da tempo ha prodotto non solo piccoli depliant multi-lingue, distribuiti in diversi spazi territoriali di maggior frequentazione da parte degli interessati, ma usa fogli anamnestici tradotti in diciassette lingue. Questi fogli anamnestici sono di facile compilazione anche da parte della persona che accede alla struttura per *counselling* ed esecuzione del test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV.

L'Unità Operativa AIDS ha altresì coinvolto, mediante la sottoscrizione di un Protocollo d'Intesa, il Municipio XI di Roma nell'azione di prevenzione e diagnosi dell'infezione da HIV, creando una sinergia con il servizio sociale al fine di promuovere la conoscenza dell'azione sanitaria attivata e facilitare l'accesso alla struttura, coordinandola anche con le prestazioni strettamente sociali erogate dall'ente locale. Pari azione si sta svolgendo con le associazioni presenti sul territorio.

Ulteriore attenzione è rivolta ai problemi delle persone straniere affette da HIV relativamente agli aspetti previdenziali e legali, grazie alla collaborazione della Unità Operativa Complessa Medicina Legale della ASL RM C del Distretto 11 per i residenti nel proprio territorio, e alla disponibilità del Patronato delle Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani, per tutti gli altri.

ANALISI RETROSPETTIVA SU CASISTICA ULTRATRENTENNALE (1973-2007) DI TUBERCOLOSI NELL'UNITÀ OPERATIVA MALATTIE INFETTIVE DELL'AZIENDA PUGLIESE CIACCIO DI CATANZARO

Sabatino Di Filippo, Anna Maria Orsini, Lucio Cosco
Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, Catanzaro

Dalla nostra esperienza di 34 anni, si evince che:

- all'inizio degli anni '80 non si è avuta riemersione di una malattia scomparsa, quale si credeva fosse la Tuberculosis (TBC). Anzi, negli anni 1988-1990 v'è stato un netto calo, rispetto agli anni precedenti, subito seguito da un'immediata ascesa dal 1991. In tutta la nostra casistica, il numero di Tuberculosis Extrapolmonare è sempre stato piuttosto corposo;
- gli immigrati extracomunitari hanno fatto la loro comparsa a partire dal 1990;
- non si è mai avuto un solo caso di TBC non accompagnato da altre patologie. Il Diabete Mellito, i Linfomi e le Bronco Pneumopatie Croniche non sono numerose, come suggerito dalla letteratura nazionale ed internazionale;
- in Catanzaro esiste, dal 1973, la presenza costante della Tuberculosis, con un graduale calo dal 1973 al 1988, e con una ripresa brusca dal 1991 in poi;
- il fenomeno della *Multi Drug Resistance* è comparso, nella nostra casistica, soltanto a partire dall'anno 2003. La resistenza ad un singolo farmaco anti-TBC è comparsa nel biennio 1999-2000;
- la presenza di immigrati è iniziata dal biennio 1988-1990, e fino al 2003 ha interessato esclusivamente pazienti provenienti dall'Africa settentrionale;
- la nostra evidenza che l'infezione da HIV influisce marcatamente a far contrarre la Tuberculosis, conferma il *trend* sia nazionale che internazionale;
- non esiste una prevalenza di pazienti poveri o malnutriti, rispetto a quelli ben nutriti e/o benestanti;
- un dato certo è la ripresa "numerica" della malattia tubercolare, con andamento gradualmente crescente a partire dal biennio 1991-1992, il quale coincide con la comparsa di immigrati africani;
- più tardiva, rispetto ad altre esperienze, è la comparsa del fenomeno di *Multi Drug Resistance* (nei nostri dati, a decorrere dal 2002-2003).

È da precisare che i nostri pazienti sono stati e sono seguiti in Ambulatorio, per mesi, a partire dalla dimissione, che avviene soltanto dopo almeno tre esami batteriologici espettorato e/o urine negativi per BK. La terapia anti-TBC viene da noi continuata con un minimo di tre farmaci anti-TBC all'incirca per tre-cinque mesi, ridotti a due per i mesi successivi, per un totale di almeno 6-8 mesi. Frequentemente, la terapia viene prolungata all'incirca per un totale di 12 mesi, ed in alcuni casi, in specie con multiple caverne e *Multi Drug Resistance*, per 14-16 mesi.

IL COUNSELLING TELEFONICO TRANSCULTURALE NELLA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS

Valentina Di Sarno, Eleonora Lichtner, Francesca Botta, Pietro Gallo, Anna Colucci, Annarosa Frati, Adel Abdessamia, Marcela Bulcu, Miguel Angel Grabiell Calero, George Dascal, Galina Dubac, Alessandro Listuzzi, Agenesta Mukarutamu, Maria Vasquez, Anna Maria Luzi

Telefono Verde AIDS, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alla luce dei flussi migratori che sempre più caratterizzano la realtà italiana ed europea negli ultimi anni risulta importante riflettere sulla necessità di individuare una modalità dell'offerta di informazione dei servizi socio-sanitari che faciliti la fruizione da parte delle persone non italiane.

L'analisi della letteratura scientifica sul tema dell'immigrazione e della salute evidenzia l'esigenza di promuovere percorsi transculturali, orientati al riconoscimento e alla valorizzazione delle diversità in merito alla concezione della salute e della malattia. In particolare, l'HIV, in quanto infezione a trasmissione sessuale, richiede un'attenzione sia ai fattori eziopatogenetici sia a quelli culturali e relazionali.

In quest'ottica è stato attivato, negli anni 2007-2008 presso l'Istituto Superiore di Sanità, il Servizio di *Counselling* Telefonico Transculturale, finanziato dal Ministero della Salute, che ha avuto l'obiettivo di erogare, in sette lingue (inglese, francese, spagnolo, arabo, cinese, romeno e russo) informazioni sull'infezione da HIV scientificamente corrette, aggiornate e personalizzate.

Per il raggiungimento dell'obiettivo, sono stati selezionati e formati consulenti e mediatori linguistico-culturali sugli aspetti tecnico-scientifici e comunicativo-relazionali riguardanti l'infezione da HIV. Ciò ha permesso di attivare, all'interno dell'Unità Operativa Telefono Verde AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità un Servizio finalizzato a rispondere a persone non italiane il Servizio di *Counselling* Telefonico Transculturale sull'infezione da HIV. Tale Servizio di *Counselling* Telefonico in ambito Transculturale, nel biennio 2007-2008, ha risposto a 828 telefonate, effettuate da persone-utenti straniere provenienti per il 42,3% da Paesi europei non appartenenti all'Unione Europea, per il 24,0% dall'Africa, per il 13,8% dall'America del Sud, per il 10,3 dall'Asia, per l'8,2% da Paesi dell'Unione Europea e per l'1,4% dall'America del Nord. I quesiti posti sono relativi, prevalentemente, alle vie di trasmissione del virus (31,2%), ai luoghi e ai tempi per l'effettuazione del test (30,9%), agli aspetti psicosociali e preventivi (18,4%).

I risultati evidenziano la necessità di implementare percorsi di facile fruizione dell'informazione sull'infezione da HIV anche per la persona straniera.

Progetto promosso e finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

PREVALENZA DI MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE (MTS) IN *SEX WORKERS* IMMIGRATI NELLA PROVINCIA DI PIACENZA

Alessandra Donisi, Alberto Faggi, Francesco Alberici
Unità Operativa di Malattie Infettive, Azienda Unità Sanitaria Locale, Piacenza

Dal 1998 la nostra Unità Operativa collabora con la Regione Emilia-Romagna, l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Piacenza e la LILA (Lega Italiana Lotta all'AIDS) per il progetto "Oltre la strada", nell'ambito dei percorsi per la "riduzione del danno" nelle prostitute immigrate operanti nella nostra Provincia.

Presentiamo in questo lavoro i risultati dello *screening* per Malattie Sessualmente Trasmesse (MTS) nei pazienti *sex workers* che sono afferiti all'Ambulatorio Immigrati della nostra Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) tra il 1998 e il 31/03/2009.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ai seguenti accertamenti: HBsAg, HCVAb (ELISA), HIVAb (ELISA + test di conferma in RIBA per i positivi), Lue (test immunoenzimatico). Alle pazienti di sesso femminile è stata offerta la possibilità di eseguire tamponi vaginali ed endocervicali per la ricerca di germi comuni, *Trichomonas*, *Chlamydia* e *Mycoplasma*. Per gli scopi dello studio è stata definita MST la positività per uno qualsiasi dei test oggetto di *screening*. Nel periodo considerato sono stati sottoposti allo *screening* 279 pazienti, prevalentemente di sesso femminile (257/279; 92%). La provenienza geografica è risultata così ripartita: Africa Sub-sahariana=67,4%, America del Sud=11,4%; Europa Est=21,2%. Una diagnosi di MST è stata posta nel 53,7% dei pazienti, con rispettivamente HBsAg nel 3,5%, HCVAb nel 4%, HIV nel 8,2%, Lue nel 4,3% (in 3 casi coinfezione HIV/HBV, in 3 casi HIV/HCV, in 5 HIV/Lue). Nei pazienti *transgender* la prevalenza di HIV è stata di circa il 50%, associata a Lue nel 20% dei casi. Complessivamente sono stati eseguiti tamponi endocervicali in 229 pazienti, con una percentuale di positività superiore al 50% (127/229) e netta prevalenza dell'infezione da *Mycoplasma/Ureaplasma* (119/127).

Nella popolazione presa in esame la prevalenza complessiva di MST estensivamente intesa è stata superiore al 50% dei casi, nonostante l'uso dichiarato di condom durante l'attività commerciale in quasi il 95% dei pazienti. Un importante contributo a questa prevalenza è certamente fornito dalla cervicite da *Mycoplasma*, frequente nelle prostitute che afferiscono al nostro Ambulatorio. Rimane oggetto di discussione se tale infezione circoli nella clientela o al contrario venga acquisita durante l'attività sessuale con i partner. Nella nostra popolazione, inoltre, la prevalenza di infezione da HIV nei pazienti *transgender* è risultata superiore a quella riscontrata nelle prostitute eterosessuali.

SPERIMENTAZIONE DI UN INTERVENTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE *POST-PARTUM* PER LE DONNE IMMIGRATE

Emanuela Forcella (a,b), Mario Affronti (c), Simona Asole (b), Giovanni Baglio (a,b), Salvatore Geraci (d), Elisabetta Giorgi (e), Patrizia Madoni (f), Luisa Mondo (g), Maria Grazia Pellegrini (h), Raffaella Rusciani (g), Maita Sartori (g), Angela Spinelli (a,b)

(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Agenzia Sanità Pubblica della Regione Lazio, ASP, Roma

(c) Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone, Palermo

(d) Area Sanitaria, Caritas, Roma

(e) Azienda Sanitaria Locale RM B, Roma

(f) ASL Città di Milano, Milano

(g) Azienda Sanitaria Locale TO 3 Regione Piemonte, Torino

(h) Ospedale Fatebenefratelli, Roma

La gravidanza e le prime fasi del puerperio rappresentano per le donne immigrate da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) condizioni di maggiore vulnerabilità per la salute materno-infantile. Per queste ragioni, l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio sta coordinando, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, un progetto per la sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare *post-partum* rivolto alle donne immigrate, in quattro regioni italiane (Lazio, Piemonte, Lombardia, Sicilia), basato sulla presa in carico delle puerpere e sull'offerta di una visita domiciliare ostetrica a 7-10 giorni dal parto.

La popolazione in studio è costituita da donne immigrate provenienti da Pfp che hanno partorito presso ospedali selezionati nelle 4 regioni partecipanti al Progetto. Le donne vengono reclutate al momento della dimissione e attribuite ai gruppi di intervento e controllo in base a un calendario di arruolamento predefinito.

La sperimentazione prevede la somministrazione di un questionario alle puerpere di entrambi i gruppi al momento dell'ingresso nello studio e una visita di controllo presso una struttura sanitaria dopo circa 40 giorni dalla dimissione. Inoltre, solo per le donne assegnate al gruppo di intervento, è prevista una visita gratuita da parte di un'ostetrica - a domicilio o in consultorio - a circa 10 giorni dal parto. Nel corso della visita, le ostetriche registrano l'eventuale insorgenza di problemi di salute da parte della mamma e del bambino, offrono consigli e forniscono indicazioni sulle opportunità assistenziali offerte agli immigrati.

I gruppi di intervento e controllo sono infine confrontati in base a una serie di indicatori relativi ai comportamenti di salute e all'utilizzo dei servizi. È stata condotta un'analisi preliminare su 204 donne, corrispondenti a circa il 20% del campione totale. Si tratta di donne provenienti principalmente dall'Europa dell'Est (35%), dall'Africa (30%), dall'Asia (25%) e dall'America Latina (12%). Sono per lo più donne coniugate/conviventi con il partner in Italia (86%); casalinghe nella metà dei casi; quasi tutte (91%) in possesso di permesso di soggiorno.

Per quanto riguarda il ricorso ai servizi sanitari, è emerso un numero maggiore di iscrizioni al pediatra di libera scelta nel gruppo di intervento; un numero significativamente superiore di donne "intervento" risulta, inoltre, a conoscenza dei tempi e delle modalità delle vaccinazioni.

I dati relativi all'allattamento mostrano una proporzione di donne che allattano esclusivamente al seno (a 40 giorni dal parto) maggiore nel gruppo di intervento rispetto al controllo; le donne appartenenti al gruppo di intervento lamentano inoltre meno difficoltà nell'allattamento. Per quanto riguarda la contraccezione in puerperio, le donne "intervento" risultano aver ricevuto maggiori informazioni al riguardo, mostrano maggiori conoscenze e pensano di utilizzare un metodo contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali.

Dall'analisi preliminare sembra emergere un impatto positivo dell'intervento proposto, in relazione alle conoscenze sui comportamenti favorevoli a una buona salute della mamma e del bambino e sulle opportunità di utilizzo dei servizi sanitari.

LE CAMPAGNE INFORMATIVO-EDUCATIVE PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS

Annarosa Frati

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma

Fin dal 1988 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sulla base dei dati epidemiologici, delle dichiarazioni internazionali e tenuto conto delle linee guida fornite dalla Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS, ha realizzato nove campagne informativo-educative dirette sia alla popolazione generale, che ai target di persone più vulnerabili rispetto alla malattia. Le Campagne di comunicazione sull'infezione da HIV/AIDS hanno preso in considerazione gli importanti cambiamenti avvenuti in questi ultimi anni, che hanno profondamente modificato il significato di questa infezione.

Si evidenzia che l'incidenza dei casi di AIDS è andata aumentando nel corso degli anni fino al 1995; nel 1996 è stata osservata, per la prima volta dall'inizio dell'epidemia, una diminuzione dei nuovi casi di AIDS e dei decessi correlati all'AIDS, da attribuire, principalmente all'efficacia delle nuove terapie anti-retrovirali. Conseguentemente, si è riscontrato un aumento del numero di persone che convivono con la malattia. Sono, inoltre, mutate le caratteristiche delle persone colpite dall'HIV; infatti, mentre sono in diminuzione i contagi correlati alla tossicodipendenza, si assiste ad un consistente aumento dei casi di trasmissione sessuale. Un altro fenomeno emergente è la proporzione di cittadini stranieri tra i casi di AIDS notificati all'Istituto Superiore di Sanità, che passa dal 4,2% del 1993 al 21,7% del 2006.

In Italia si verificano circa 3.500 nuovi casi di infezione ogni anno ed il numero delle persone sieropositive viventi si aggirerebbe intorno alle 120.000 unità, di cui circa la metà non sa di esserlo, con le prevedibili conseguenze sul piano della diffusione dell'epidemia.

Le cause del ritardo diagnostico non sono conosciute, ma esistono certamente dei fattori di tipo demografico, comportamentale e psico-sociale, alcuni dei quali sono noti. Ad esempio, chi vive al Sud o nelle isole ha una maggiore probabilità di arrivare tardi al test rispetto a chi vive al Nord, gli uomini più delle donne, mentre gli stranieri sono in assoluto coloro che hanno il rischio maggiore di arrivare tardi al test.

Ricerche realizzate, ad oggi, su alcune minoranze etniche immigrate dimostrano come spesso l'integrazione nel Paese ospite rappresenti un momento difficile e possa essere associata a comportamenti a rischio per la salute. L'eterogeneità culturale di questo gruppo bersaglio richiede un'attenta valutazione negli strumenti di intervento e nelle modalità di comunicazione, come pure una riflessione sulle zone dove concentrare l'informazione (es.: grandi centri urbani). Deve essere anche prevista la realizzazione dei messaggi in inglese e nelle altre lingue straniere principalmente conosciute dai gruppi di persone immigrate presenti nel nostro Paese.

Il Ministero ha realizzato, nel corso degli anni, una notevole varietà di iniziative multi-lingue dedicate alle persone straniere immigrate in Italia.

EFFICACIA E FATTIBILITÀ DI UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE MATERNO-INFANTILE DELL'INFEZIONE DA HIV IN UN OSPEDALE RURALE DELL'AFRICA SUB-SAHARIANA

Gemma Fuduli (a), Maria Lidia Occhipinti (a), Rosa Manuele (a), Beatrice Autino (a),
Fabio Bisicchia (a), Enza Drago (a), Piermario Nicotra (a), Luciano Nigro (b)

(a) *Scuola di Specializzazione di Malattie Infettive, Università degli Studi, Catania*

(b) *Servizio di Parassitologia, Università degli Studi, Catania*

Le donne sieropositive che affrontano una gravidanza, nel mondo, sono circa 2,5 milioni. In Zimbabwe, dati aggiornati al 2003 evidenziano una prevalenza d'infezione nelle donne in gravidanza del 21%.

Nel 2000 il World Health Organization ha stabilito che, nei Paesi in via di sviluppo, la profilassi breve con farmaci antiretrovirali, doveva essere inclusa nei programmi di prevenzione materno-infantile dell'infezione da HIV. Il nostro studio ha voluto valutare l'efficacia di tale programma nell'ospedale Luisa Guidotti, di Mutoko, Zimbabwe.

Sono state retrospettivamente arruolate tutte le donne afferite *all'antenatal clinic* dell'Ospedale Guidotti, da gennaio 2001 a giugno 2007. Strategia di prevenzione: *counseling* pre- e post-test, test anti-HIV, gestione del parto, profilassi e terapia, allattamento, test di conferma per diagnosi d'infezione HIV nel nascituro al 18° mese di vita. Profilassi: nevirapina in singola dose alla madre al momento del parto e al neonato entro 72 ore dalla nascita. Allattamento al seno per i primi sei mesi, e profilassi con cotrimoxazolo.

Gestanti afferite 1.653 gestanti; 1.500 sono state sottoposte al *counseling* pre-test, di cui 1.407 sottoposte a test anti-HIV; 304 madri sono risultate positive; 203 hanno assunto la profilassi con nevirapina. La percentuale di donne sottoposte a test è stata del 78% nel 2001, e del 100% nel 2007; la prevalenza dell'infezione HIV è stata del 26% nel 2001 e del 18% nel 2007; la percentuale di gravide trattate è stata del 50% nel 2001 e del 100% nel 2007. Tutti i bambini (201) nati da madre sieropositiva hanno assunto la profilassi, solo 18 sono stati testati al 18° mese di vita, 39% sono risultati positivi. L'evidenza di una sempre maggiore aderenza allo *screening* ed alla profilassi da parte delle donne, (100% dal 2005) ha dimostrato la validità e la fattibilità del programma e che il *counseling* pre-test è stato effettuato con professionalità ed efficacia. Un punto critico emerso nel nostro studio è stata la prevalenza del 39% di positività anti-HIV dei bambini testati troppo alto rispetto al risultato atteso; il dato è però inficiato dal fatto che sono stati testati soltanto i bambini ritornati in ospedale perché malati. Purtroppo le condizioni socio-politiche attuali dello Zimbabwe non consentono al momento di intraprendere interventi migliorativi.

**PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE
DEGLI IMMIGRATI RESIDENTI NEL TERRITORIO
UNITÀ SANITARIA LOCALE 2 PERUGIA
(01/1999-03/2009)**

Ngab Gadji, Marcello Damiani

Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS Sezione Umbria, Unità Sanitaria Locale 2 Umbria, Ambulatorio Medico per Immigrati, Perugia

Obiettivo principale è garantire la promozione e la tutela della salute dell'immigrato attraverso azioni di filtro e di orientamento per le patologie infettive e non ed azioni di prevenzione dell'infezione da HIV e delle Malattie Sessualmente Trasmesse. Le azioni di promozione e tutela della salute delle persone straniere si attuano attraverso: *counseling* e mediazione culturale con momenti di educazione sanitaria (incontro con Associazioni degli immigrati presenti nel territorio) orientamento al Servizio Assistenza psicologica delle persone sieropositive, malati di AIDS e famiglie. Destinatari: comunità straniere con particolare riferimento ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme che disciplinano il soggiorno sul territorio nazionale.

IMMIGRATI E INFEZIONE DA HIV: LE PERSONE STRANIERE VALUTANO UNA CAMPAGNA INFORMATIVA A LORO RIVOLTA

Pietro Gallo (a), Giovanna Pedone (b), Anna Maria Luzi (a), Anna Colucci (a), Issa El Hamad (c), Laura Spizzichino (d), Annarosa Frati (e)

(a) *Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Consulente Psicologo per la Prevenzione dell'Infezione da HIV, Roma*

(c) *Spedali Civili di Brescia, Brescia*

(d) *Azienda Sanitaria Locale RM E, Roma*

(e) *Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma*

I recenti dati evidenziano come in Italia le persone straniere costituiscano una popolazione vulnerabile a rischio di contagio dell'infezione da HIV. Diventa necessario, quindi, orientare verso questo target gli interventi preventivi e al contempo verificare l'efficacia del messaggio informativo e degli strumenti utilizzati. In tale ottica è stato condotto uno Studio con l'obiettivo di valutare il gradimento dei depliant rivolti alle persone migranti che vivono in Italia e messi a punto nell'ambito della VIII Campagna Informativo-educativa, realizzata dal Ministero della Salute in collaborazione con il *National Focal Point* italiano (NFP) - *AIDS & Mobility*.

Allo Studio hanno partecipato 788 persone straniere (32,6% maschi, 57,7% femmine, 9,6% non ha indicato il sesso) di età \geq di 18 anni che, da aprile 2007 a novembre 2008, si sono rivolte alle 12 strutture del NFP coinvolte nel Progetto. È stato messo a punto un questionario anonimo, autosomministrato e semistrutturato composto da un'introduzione per motivare alla compilazione del questionario; da dati socio-anagrafici (sesso, anno e nazione di nascita, data di arrivo in Italia, provincia in cui vive in Italia, anni di istruzione); da 11 domande relativi al depliant (9 chiuse a scelta multipla e 2 aperte). La valutazione del gradimento del depliant è stata analizzata attraverso tre aree tematiche: chiarezza dell'informazione; gradimento dei contenuti grafici; percezione dell'utilità dello strumento informativo utilizzato.

Il depliant è stato percepito come uno strumento utile per aumentare il loro livello di conoscenza dell'infezione da HIV (68,9%) e per aiutarli a comprendere di aver corso dei rischi (48,1%). Il 66,8% ha trovato piacevoli sia la grafica che i colori e il 58,2% ha ritenuto adatte le immagini utilizzate. Lo slogan è stato ritenuto adeguato da oltre la metà degli intervistati (52,2%): tra le motivazioni addotte la mancata conoscenza della lingua inglese e l'eccessiva enfasi sul concetto di amore, ritenuto, invece, poco adeguato all'infezione da HIV.

I dati del nostro Studio fanno ipotizzare che le persone straniere residenti in Italia (in particolare le donne) siano pronte per poter sperimentare modalità preventive che le vedano protagoniste non solo nella fase di valutazione, ma anche nelle iniziali fasi di progettazione degli interventi a loro rivolti.

Progetto promosso e finanziato nell'ambito del VI Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS.

PREVENZIONE TRA GLI ADOLESCENTI IN TEMA DI HIV/AIDS: ITALIANI E NON ITALIANI A CONFRONTO

Miriam Lichtner (a), Anna Colucci (b), Pietro Gallo (b), Ilaria Luzi (a), Rosario Galipò (c), Tiziana Ferrario (d), Sebastiana Salerno (e), Uli Mittermair (f), Maria Rosaria Cuomo (a), Anna Maria Luzi (b), Vincenzo Vullo (a)

(a) *Università di Roma Sapienza, Roma*

(b) *Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS Lazio, Roma*

(d) *Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS Lombarda, Milano*

(e) *Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS Sicilia, Palermo*

(f) *ARCHÉ, Roma*

In Italia l'incremento della percentuale di cittadini non italiani ha determinato negli ultimi anni anche un conseguente aumento dei minori stranieri. Infatti, si stimano circa 767.060 residenti non italiani con meno di 18 anni, di cui più della metà sono nati in Italia, ma stranieri come nazionalità. Ne consegue un'affluenza importante nelle scuole italiane di bambini e ragazzi stranieri. Il Ministero dell'Università e della Ricerca afferma che nel 2008 il 6,8% degli alunni sia non italiano.

Il nostro Studio ha voluto confrontare gli adolescenti italiani e non italiani rispetto alla componente affettiva, cognitiva e comportamentale legate all'infezione da HIV. Sono state scelte due fasce di età: ragazzi della III media e del IV anno delle scuole superiori. È stato elaborato uno strumento di valutazione (questionario pre- e post-test) con relativo database. Sono stati contattati 2.033 studenti, di cui 747 delle scuole Medie Superiori (MS) e 1286 delle Medie Inferiori (MI). La percentuale di studenti stranieri è stata del 13,3% nelle superiori e del 16% nelle medie. I ragazzi non italiani provenivano soprattutto dalla Romania (18% MS e 11,4% MI), Moldavia (4,5% MS e 3,4% MI), Ecuador (3,8% MS e 13,6% MI), Ucraina (4,5% MS e MI), Cina (6% MS e 2,3 % MI); circa il 30% degli studenti stranieri è invece nato in Italia. Il primo dato che emerge è che solo 3 studenti su 10 delle MS ricordano Campagne informative riguardanti l'infezione da HIV. La situazione è ancora più grave (2 su 10) nelle MI; non si registrano differenze significative negli studenti non italiani.

Per quanto riguarda le conoscenze sulle vie di contagio dell'HIV si rileva un discreto grado di disinformazione, più elevato negli studenti stranieri, che viene ridotto dopo l'intervento formativo/informativo sia nelle MS che MI. Le domande riguardanti i metodi di prevenzione hanno fatto emergere come lo slogan dell'Abstinence, Be faithful, Condom (ABC) non sia conosciuto tra gli studenti in generale e che il preservativo venga indicato come metodo di protezione dall'HIV dal 70-80% dei ragazzi; le percentuali sono più alte tra i non italiani. Dall'altra parte circa il 60% riferisce che il preservativo non si utilizza per far piacere al partner o perché non si ha. Una percentuale più alta di studenti stranieri dice che non si utilizza il condom per lo stato d'animo del momento o per vergogna. Il 23% degli intervistati (studenti italiani e stranieri) di soggetti riferisce che il preservativo viene usato per non contrarre Malattie Sessualmente Trasmesse sia tra gli italiani che nei non italiani.

Per quanto riguarda lo stigma correlato alla malattia, dai dati sembra che la percezione sia più bassa tra gli studenti stranieri.

In conclusione possiamo affermare che sebbene ci siano delle diversità tra studenti italiani e non italiani il dato più rilevante è che siamo di fronte ad una popolazione di adolescenti multietnica che necessita di urgenti interventi di prevenzione in ambito scolastico attualmente molto limitati.

Progetto promosso e finanziato nell'ambito del VI Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS.

VALUTAZIONE DI UN INTERVENTO DI HIV/AIDS COUNSELLING RIVOLTO A PERSONE STRANIERE

Anna Maria Luzi (a), Anna Colucci (a), Pietro Gallo (a), Marco Luigi Bellani (b), Tullio Prestileo (c), Nunzia Arena (c), Rita Giannici (c), Francesca Mercadante (c), Sonia Oueslati (c), Sebastiana Salerno (c), Miriam Lichtner (d), Vincenzo Vullo (d), Miguel Angel Grabiell Calero (d), Giancarlo Ceccarelli (d), Kodjo Agbeko Julien Dussey Comlavi (d), Patrizia Ricco (d), Patrizia Ferri (e), Rosario Galipò (e), Adriana Nicastro (e), Donatella Mainieri (f), Mauro Moroni (f), Najia Benchenouf (f), Anna Campiotti (f), Barbara Cappelli (f), Carmen Gabriela Gulap (f), Silvia Negri (f)

(a) Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Università dell'Insubria, Varese

(c) Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS Provinciale, Palermo

(d) Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali, Università di Roma Sapienza, Roma

(e) Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS Lazio, Roma

(f) Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS Lombarda, Milano

In Italia, un recente ambito di applicazione dell'HIV/AIDS *counselling* riguarda la relazione professionale tra operatore socio-sanitario e persona straniera.

In tale ambito, l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con ANLAIDS provinciale di Palermo, ANLAIDS Lazio, Università Sapienza di Roma, ANLAIDS Lombarda e Università dell'Insubria di Varese, ha realizzato il Progetto "Valutazione di un intervento di HIV/AIDS *counselling* rivolto alla persona straniera", la cui finalità principale è stata l'elaborazione di una metodologia condivisa di HIV/AIDS *counselling* efficace nella relazione tra operatore e persona straniera per standardizzare tale intervento.

A tal fine sono state messe a punto una scheda di raccolta dati dell'operatore, una scheda di valutazione dell'operatore (autosomministrata) e una scheda di valutazione della persona-utente (autosomministrata) proposta al termine dell'intervento di HIV/AIDS *counselling*, previo consenso informato.

L'intervento di HIV/AIDS *counselling* rivolto a persone straniere è stato attuato, nel periodo novembre 2007-dicembre 2008, dopo una fase di formazione/aggiornamento delle equipe coinvolte nel Progetto, per condividere una comune metodologia di intervento di *counselling* in ambito transculturale, nonché dopo aver predisposto le schede di valutazione e aver individuato gli indicatori di qualità della struttura e di processo.

Il Progetto, ha consentito di mettere a punto e sperimentare le fasi processuali di un modello di intervento di HIV/AIDS *counselling* in ambito transculturale. Inoltre, è stato possibile individuare e realizzare uno specifico percorso di formazione aggiornamento per *equipe* multidisciplinari che sono impegnate con le popolazioni migranti, nonché identificare fattori, indicatori e standard di qualità di un intervento di HIV/AIDS *counselling* rivolto a persone straniere.

Progetto promosso e finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

EPIDEMIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO DELLE INFEZIONI DA HBV, HCV, HIV E LUE NEGLI IMMIGRATI CINESI DI REGGIO EMILIA

Mara Manghi (a), Marina Greci (a), Francesca Bonvicini (a), Andrea Foracchia (a), Rossano Fornaciari (a), Silvia Candela (b), Giacomo Magnani (c), Luigi Vecchia, (c) Maria Cristina Gemmi (d)

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

(b) Igiene ed Epidemiologia, Ausl, Reggio Emilia

(c) Azienda Ospedaliera Santa Maria, Reggio Emilia

(d) Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia

L'infezione da HBV è ancora una delle principali cause di malattia epatica e morte precoce in Cina: circa il 60% della popolazione ha una storia di infezione da HBV ed il 9,8% di soggetti ha una infezione cronica. Nella provincia rurale di Shanxi è emersa una positività per anticorpi anti-HIV ed HCV rispettivamente dell'1,3% e del 12% con elevato tasso di co-infezione e nello Yunnan una prevalenza di HIV dello 0,38% nelle cliniche prenatali. L'obiettivo dello studio è valutare l'epidemiologia ed i fattori di rischio delle infezioni a trasmissione parenterale e sessuale nella popolazione cinese afferente al Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS) di Reggio Emilia, servizio dedicato agli immigrati senza permesso di soggiorno. Nel periodo compreso tra il 30 giugno ed il 29 dicembre 2007, agli utenti di nazionalità cinese di età maggiore o uguale a 18 anni afferenti agli ambulatori di medicina generale del CSFS è stata offerta gratuitamente un prelievo ematico per la valutazione delle infezioni da HBV, HCV, HIV e Sifilide. Ad una parte dei soggetti è stato inoltre somministrato un questionario per l'indagine dei principali fattori di rischio correlati in letteratura alle infezioni in esame. Agli utenti negativi per tutti i markers dell'HBV è stata offerta la vaccinazione in tre dosi, per i positivi sono stati predisposti gli idonei percorsi diagnostici e terapeutici.

Sono stati eseguiti in totale 347 prelievi. Risulta una prevalenza di infezione da HBV del 12%, con valori più elevati nei soggetti di giovane età; un ulteriore 56% degli utenti ha avuto in passato una infezione da HBV. Il 26% dei soggetti con infezione da HBV presenta una forma ad elevata contagiosità e, tra i pazienti che hanno intrapreso un adeguato *iter* diagnostico e terapeutico, il 43% risulta avere una epatite cronica ad elevata replicazione virale. La prevalenza di positività per HCV ed RPR/TPPA è rispettivamente di 1,15% e di 0,86%. Non si sono verificati casi di positività per gli anticorpi anti-HIV.

I risultati mostrano una prevalenza di infezione da HBV negli immigrati cinesi più elevata rispetto alla popolazione italiana di 5-10 volte, in particolare in soggetti di giovane età. Gli interventi di prevenzione nella popolazione cinese dovranno quindi essere rivolti principalmente all'identificazione precoce dei soggetti adulti infetti, alla vaccinazione dei loro contatti stretti, soprattutto se di giovane età ed all'individuazione delle donne gravide HBsAg positive. L'alta prevalenza di infezioni ad elevata contagiosità e replicazione virale ha un notevole impatto in termini sia di spesa sanitaria che di esigenze organizzative.

GIRASOLE: INIZIATIVE DI PREVENZIONE SU HIV&AIDS E MST PROMOSSE E REALIZZATE DALLE ASSOCIAZIONI STRANIERE IN COLLABORAZIONE CON LE ASSOCIAZIONE DI LOTTA ALL'AIDS

Michela Martini (a), Viviana Sacco (a), Giovanni Aresi (b), Artur Bardhi (c), Eleonora Caltabiano (d), Giancarlo Condoleo (e), Klodiana Çuka (f), Heisen Corina Davila Lopez (g), Jocelina Do Rosario Soares Oliviera (h), Juan Carlos Gonzalez Herrera (f), Haydee Granados Gutierrez (i), Sofia Martha Jimenez Torres (j), Francis Chinedu Manujibeya (k), Natalia Moraru (l), Cheikhou Oumar Niane (m), Luz Paredes (n), Marta Giulia Scolari (b), Hector David Villanueva Ifante (o)

(a) Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, OIM, Roma

(b) Associazione Lotta all'AIDS, ALA, Milano

(c) New Initiative for Albania, NIFA, Roma

(d) Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS, LILA, Catania

(e) Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS, LILA Lazio, Roma

(f) Associazione Integra Onlus, Lecce

(g) Associazione Pegasos, Bergamo

(h) Cap-Italia Donne, Roma

(i) Corazon Latin, Roma

(j) Associazione La Semilla, Genova

(k) Associazione Nelson Mandela, Roma

(l) Associazione DOINA, Roma

(m) Associazione Senegalesi, Lecco

(n) Associazione Donne a Colori, Roma

(o) Centro di Integrazione Permanente di Rappresentanza della Comunità Latino-Americana in Italia, CIRCLA, Milano

GIRASOLE - Gruppo Interculturale Rivolto agli Stranieri per ostacolare l'HIV&AIDS e le Malattie Sessualmente Trasmesse è nato con l'obiettivo di contribuire alla riduzione del rischio di contagio da HIV tra i cittadini immigrati ed ha creato e promosso, attraverso i leader delle comunità e i mediatori culturali, una campagna di informazione HIV&AIDS culturalmente appropriata.

Nell'ambito della campagna GIRASOLE, realizzata da un *network* di 14 associazioni di stranieri e di lotta all'AIDS, sono state realizzate, da novembre 2008 a febbraio 2009, numerose iniziative di sensibilizzazione e prevenzione su HIV&AIDS rivolte ai cittadini stranieri in sette città d'Italia - Genova, Milano, Bergamo, Lecco, Roma, Lecce e Catania.

Gli eventi realizzati includono: seminari di sensibilizzazione abbinati a balli folklorici e/o buffet multietnici; banchetti informativi e distribuzione di preservativi nelle piazze e nei luoghi di ritrovo dei migranti; interventi di mediazione culturale presso consultori e luoghi di ritrovo di migranti; *focus group* e discussioni tematiche; serate in discoteca di sensibilizzazione sull'HIV&AIDS rivolte agli adolescenti e agli studenti stranieri.

L'esperienza GIRASOLE è il risultato di un percorso promosso dall'OIM - Ufficio Regionale per il Mediterraneo nell'ambito del progetto PRISMA - "Progetti di Intervento per una Strategia Modulare AIDS: gli stranieri", con il finanziamento del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Dir. Prevenzione Sanitaria che, attraverso un corso di formazione (www.migrazionesalute.eu) e un bando di finanziamento per proposte operative, ha offerto l'opportunità alle associazioni di stranieri di creare e realizzare come protagonisti attività di prevenzione su HIV&AIDS in partenariato con le associazioni di lotta all'AIDS.

Tra i risultati della Campagna GIRASOLE si evidenzia:

- la creazione di una rete di collegamento e collaborazione tra le associazioni di stranieri e di lotta all'AIDS partner del progetto, con il coinvolgimento diretto di enti pubblici e privati operanti nel settore, come si evince dai numerosi patrocini concessi alle iniziative promosse;
- la distribuzione di circa 10.000 volantini multilingue prodotti e forniti dal Ministero della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Si stima che le attività di sensibilizzazione abbiano raggiunto circa 20.000 migranti.

Il *network* di associazioni promotrici dell'esperienza GIRASOLE è composto dalle seguenti associazioni:

L'esperienza dell'iniziativa GIRASOLE ha messo in evidenza come l'associazionismo straniero possa in Italia rappresentare un valido strumento per veicolare messaggi di prevenzione, sensibilizzazione nel settore sanitario e in particolare sul tema HIV&AIDS.

Si auspica quindi un concreto sostegno per far crescere le piccole associazioni rafforzandone le competenze e un maggior scambio tra associazionismo italiano e straniero sui temi della salute. L'iniziativa rappresenta un'espressione concreta del possibile incontro e dialogo tra culture, in un ambito complesso come quello della prevenzione e dei comportamenti a rischio.

Progetto promosso e finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

INTERVENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E DI RIDUZIONE DEL DANNO RIVOLTO ALLE PERSONE CHE SI PROSTITUISCONO. L'ESPERIENZA DELLA LILA DI CATANIA

Luciano Nigro* (a,b), Jane Sjoberg* (a), Tiziana Lazzaro* (a), Patrizia Testai* (a), Licia Larocca* (a,c), Arturo Montineri* (a,c)

(a) *Lega Italiana Lotta AIDS, LILA, Catania*

(b) *Ambulatorio di Parassitologia, Università degli Studi, Catania*

(c) *Malattie Infettive, Azienda Ospedaliero-Universitaria V. Emanuele Ferrarotto S. Bambino, Catania*

Le prostitute straniere in Italia rappresentano il 60% della popolazione di *sex workers* (SW). Questo fenomeno che negli ultimi anni ha coinvolto l'Europa, ha interessato anche la città di Catania. Fra i principali problemi che i SW devono affrontare la difficoltà di negoziare l'uso del condom, e di far accettare comportamenti che riducano il rischio di contrarre e diffondere Malattie Sessualmente Trasmesse (MST).

Il Progetto, tramite strategie di riduzione del danno, intende indurre l'adozione di azioni consapevoli per modificare i comportamenti a rischio nel mondo della prostituzione. Inoltre, il Progetto mira ad offrire un servizio a bassa soglia che consenta condizioni di accesso semplificate; a stabilire contatto con la popolazione sommersa; a fornire informazioni sulle modalità di trasmissione dell'infezione da HIV delle epatiti e delle MTS; a stimolare l'uso del condom; a creare occasioni di ascolto dei bisogni delle persone.

Sono stati attivati un *Drop-in center* ubicato nel quartiere San Berillo, luogo storico della prostituzione catanese e un'Unità Mobile sulle strade della provincia (UDS), nuovi luoghi della prostituzione.

Nel periodo 2004-2006, attraverso i finanziati dell'Istituto Superiore di Sanità, del Ministero della Salute e della Fondazione Unicredit, sono stati attivati:

- *Drop-in center* (360 giorni di apertura), contatti (318), contatti sportello legale (51), contatti consultorio ginecologico (47), contatti consultorio infettivologico (280), *counselling* (108);
- UDS: uscite (242), contatti (303), 2.320 contatti complessivi e sono stati distribuiti 10.000 profilattici, 5.000 lubrificanti e spugnette vaginali, 10.000 materiale informativo in italiano ed in lingua;
- Accompagnamenti ai servizi 124, invii ai servizi 339.

Nel periodo 2007-2009 non ci sono stati finanziamenti pubblici ma fondi dell'associazione con una conseguente drastica riduzione delle attività, ad eccezione del numero degli accompagnamenti (74) e degli invii (442) ai servizi rimasto pressoché invariato.

Dai dati si evince che il numero di contatti nuovi e di contatti complessivi cresce in modo significativo man mano che la presenza degli operatori nel territorio diventa costante nel tempo. Il numero di SW inviati ad altri servizi del territorio catanese è continuato a crescere assieme al numero di accompagnamenti ai servizi socio-sanitari. Tali dati indicano

che il servizio di accompagnamento è molto apprezzato dall'utenza e si evidenzia una necessità di potenziarlo. Dal 2007, la riduzione della presenza degli operatori sul territorio, in seguito alla fine dei finanziamenti, trasformando di fatto il Servizio da bassa soglia ad alta soglia, ha ridotto gli accessi ed ingenerato sfiducia nell'utenza.

** Per il Gruppo degli Operatori dell'Unità Mobile di Strada, Catania.*

STRATEGIE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DELLA MALATTIA TUBERCOLARE NELL'IMMIGRATO IRREGOLARE

Pierfranco Olivani, Daniela Panizzut

Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, IRCCS, Milano; Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Stranieri e Nomadi, NAGA, Milano

La diagnosi precoce della Tuberculosis (TB) nell'immigrato irregolare rappresenta tuttora un problema complesso che viene spesso affrontato dalle strutture sanitarie dedicate con iniziative non sistematiche. La Sanità Pubblica ha ripreso in esame questa patologia dettando linee guida precise, tramite l'art. 115 comma 1 lett.b del d.lgs 31 marzo 1998 n.112 e le due successive *Consensus Conference* del 2006 e quella del 2008 (promossa dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali), sulla base delle più recenti conoscenze internazionali.

D'altra parte le difficoltà insite nella diagnosi della TB nella popolazione immigrata si prestano a manipolazioni allarmistiche volte a suscitare ingiustificate paure nell'opinione pubblica. La nostra Associazione, NAGA di Milano, con più di 20.000 visite/anno a immigrati irregolari, rappresenta un osservatorio raro e un punto d'azione importante riguardo alla diagnosi precoce della TB. A seguito della decisione di aderire alle Linee Guida delineate nell'ultima *Consensus Conference* del giugno 2008, il NAGA ha quindi stabilito di dare pieno seguito alle "raccomandazioni forti" ivi contenute, tralasciando, come suggerito, le scelte operative contenute nelle "raccomandazioni deboli".

L'attuazione del progetto è appena iniziata al NAGA: non vi sono ancora risultati numericamente significativi. Pensiamo di fare controlli semestrali, soprattutto riguardo a:

- percentuale dei pazienti indagati al NAGA per TB, cioè di quelli provenienti da Paesi ad alta endemia, rispetto al totale dei pazienti NAGA;
- percentuale di score positivi, quindi di invii a strutture di secondo livello;
- *compliance* dell'invio (quanti si sono effettivamente recati nelle strutture di secondo livello);
- percentuale di pazienti con malattia tubercolare riscontrata fra gli inviati.

Per "l'informazione sui rischi legati alla tubercolosi" e per "l'identificazione dei sintomi iniziali di questa malattia", così come prevedono le linee guida della *Consensus Conference* 2008, ci siamo basati sul "questionario alla frontiera" utilizzato dalla Lega Polmonare Svizzera (lievemente modificato); lo abbiamo utilizzato sia per i cartelli esplicativi posti in sala di attesa, sia per le domande mirate del medico al paziente. Dovremo verificarne l'efficacia.

Anche lo score di tale questionario andrà verificato, per quanto possibile, rispetto alla sensibilità e specificità. Ciò anche in funzione dell'impatto che potrà avere il numero dei pazienti inviati alla struttura di secondo livello per l'approfondimento diagnostico, in funzione delle possibilità operative delle strutture stesse.

Andrà valutata la risposta dell'immigrato al fatto di essere sollecitato, prima e durante la visita, ad una problematica ulteriore rispetto a quella, per lui principale, che lo ha portato alla visita stessa.

Sarà importante rilevare la percentuale di pazienti che si recherà effettivamente presso la struttura di secondo livello, dopo aver ricevuto dal NAGA l'invito a farlo. Bisognerà stabilire se la ripetizione annuale dell'indagine, da noi attuata, è adeguata o meno.

LA SALUTE DELLA DONNA MIGRANTE PROSTITUTA: UNA REALTÀ INVISIBILE

Rosanna Paradiso

*Transnational AIDS/STI Prevention amongst Migrant Prostitutes in Europe Project
TAMPEP, Torino*

L'Associazione *Transnational AIDS/STI Prevention amongst Migrant Prostitutes in Europe Project* (TAMPEP) Onlus nasce da un Progetto in Rete con le attività della Fondazione Internazionale TAMPEP, e si propone dal 1993 di promuovere azioni e politiche basate sul rispetto dei diritti delle persone immigrate, anche prostitute, socialmente discriminate ed emarginate, in considerazione delle loro scelte e della loro dignità.

A causa della propria condizione irregolare molte persone immigrate trovano difficoltà nell'accedere ai servizi sociosanitari. Per la loro posizione precaria ed emarginata, non hanno accesso alle informazioni sui diritti e sulle possibilità di prevenzione e di terapia per HIV/AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse (MST). In merito allo sfruttamento sessuale, l'analisi dei dati e l'esperienza maturata nel tempo porta a valutare la condizione delle persone che ne sono vittime, in grande maggioranza donne migranti, ancora come grave e preoccupante. Le persone che si prostituiscono sono esposte facilmente allo stupro e ad altre forme di violenza nello svolgimento della loro attività. Spesso la violenza o la minaccia della violenza viene usata per costringere ad avere rapporti sessuali non protetti, lo stupro implica raramente l'uso del profilattico.

Donne di 23 nazionalità diverse sono state incontrate in strada tra il 2005 e il 2006. È stato notato come, non solo le nuove arrivate siano prive di conoscenze adeguate, ma anche le donne che si prostituiscono da tanti anni continuano ad avere idee preconcepite o errate sull'igiene intima o sui metodi contraccettivi ed abortivi. L'uso di farmaci senza il controllo medico e la pratica di aborti clandestini, oltre il termine stabilito dalla legge, sono molto diffuse e causa di gravi conseguenze per la salute delle donne. Il fenomeno della prostituzione ha subito in questi anni alcuni mutamenti sia rispetto alla provenienza delle vittime, sia rispetto ai luoghi in cui viene esercitata la prostituzione. Rispetto alle provenienze, la maggior parte delle vittime della tratta e della prostituzione forzata provengono soprattutto dalla Nigeria, ma particolare preoccupazione suscita la condizione delle donne cinesi che si prostituiscono in appartamento. Dalle recenti indagini svolte da TAMPEP le donne cinesi che lavorano negli appartamenti provengono dalla provincia dello *Zhejiang*, che come è noto è la provincia da cui provengono la maggioranza dei cinesi. Mentre per strada in particolare a Milano, Roma e Torino sono donne provenienti dal Nord della Cina, che hanno tra i 35 e 55 anni, che vengono assorbite dall'industria del sesso per mancanza di alternative dato che anche a causa dell'età, l'industria cinese sommersa non le accetta, i ritmi di lavoro del mercato cinese sono troppo stressanti e veloci e richiedono altro tipo di manodopera da sfruttare. La mobilità è una caratteristica significativa del fenomeno prostituzione; gli sfruttatori spingono le donne a spostarsi spesso: circa il 50% delle donne contattate in Piemonte, ha dichiarato di essersi prostituita precedentemente in altre città italiane.

SVILUPPO DI PROGRAMMI DI PREVENZIONE VOLTI AD INDIVIDUARE I BISOGNI DI SALUTE DEI CITTADINI STRANIERI IN MERITO ALL'INFEZIONE DA HIV/AIDS ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DEL NATIONAL FOCAL POINT ITALIANO (II ANNUALITÀ). IL CONTRIBUTO DI MIRIAM TALLARICO

Miriam Tallarico^(*)

Cattedra di Malattie Infettive, Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro

Il testo riportato deriva dagli appunti relativi al contributo dato da Miriam Tallarico, recentemente scomparsa, allo studio "Sviluppo di programmi di prevenzione volti ad individuare i bisogni di salute dei cittadini stranieri in merito all'infezione da HIV/AIDS attraverso il coinvolgimento del *National Focal Point* italiano (II annualità)", nell'ambito della collaborazione delle UU.OO. Calabresi di Malattie Infettive con l'Istituto Superiore di Sanità, che ne è promotore e coordinatore.

L'indagine condotta da gennaio 2007 a marzo 2008 presso alcune Unità Operative di Malattie Infettive calabresi, ha previsto la partecipazione di soggetti di nazionalità non italiana, di età ≥ 18 anni, con diagnosi di infezione da HIV da almeno tre mesi precedenti la compilazione del questionario (fornito dall'ISS in lingua italiana e inglese), previa acquisizione del consenso informato.

Il campione esaminato è costituito da 13 soggetti (7 maschi e 6 femmine) di età media 35,1 anni (range 21-51 anni); di nazionalità rispettivamente: africana (11), asiatica (1), sudamericana (1).

Il periodo di permanenza stabile in Italia è risultato variabile da oltre 10 anni a 6 mesi. Otto soggetti possiedono permesso di soggiorno e 1 carta di soggiorno; 4 risultano irregolari.

Modalità di assistenza sanitaria: 6 iscritti al Servizio Sanitario Locale, 5 con Tesserino per Stranieri Temporaneo, 1 con assistenza sanitaria privata, 1 non riferita. Risultano residenti nelle province di Reggio Calabria (8), Cosenza (4) e Vibo Valentia (1). Sette abitano in case in affitto, 4 in casa-famiglia e 2 presso conoscenti. Cinque soggetti svolgono attività lavorativa, una persona ha dichiarato di studiare. Sei soggetti professano religione musulmana, 6 cattolica ed 1 evangelista.

Il periodo di scoperta di sieropositività va dal 1999 al 2006. Per 11 soggetti la diagnosi è stata formulata in Italia. Probabile luogo di contagio indicato: Italia (4), Nigeria (2), Costa d'Avorio (2), Canada (1), Ghana (1), Camerun (1). Possibili fattori di rischio riferiti: rapporti eterosessuali non protetti (10); rapporti omosessuali non protetti (1); emotrasfusione (1). Patologie concomitanti riscontrate in 3 soggetti: epatite C (1), epatite B (1), sifilide e gonorrea (1).

Mezzo di prevenzione attuato: utilizzo condom (6), astinenza sessuale (2); nessuno (5). La conoscenza sulla modalità di diffusione dell'infezione da HIV risulta carente nei confronti della trasmissione verticale e della possibilità di trasmissione da un soggetto in

HAART. Tutti sono informati sulla trasmissione parenterale; 2 soggetti ignorano la possibilità di trasmissione attraverso scambio di siringa. Classificazione CDC: 5 soggetti sono nello stadio A1; 1 in C1 , 2 in C2, 5 in C3; undici soggetti praticano regime HAART.

Progetto promosso e finanziato nell'ambito del VI Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS.

INDICE DEGLI AUTORI

- Abdessamia, A.; 36
Abrescia, N.; 25; 30
Affronti, M.; 30; 38
Alberici, F.; 37
Arena, N.; 46
Aresi, G.; 48
Arlotti, M.; 30
Asole, S.; 38
Autino, B.; 41
Baglio, G.; 21; 38
Barbina, D.; 26
Bardhi, A.; 48
Barelli, A.; 13
Bellani, M.L.; 20; 46
Benchennouf, N.; 46
Bersani, R.; 28
Bisicchia, F.; 41
Bologna, I.; 28
Bonvicini, F.; 47
Botta, F.; 36
Brancatella, R.; 27
Brindicci, G.; 30
Bulcu, M.; 36
Busso, M.; 28; 30
Buttò, S.; 18
Calamaro, I.; 30
Caltabiano, E.; 48
Campiotti, A.; 46
Candela, S.; 47
Canitano, S.; 25
Caporuscio, S.; 17
Cappelli, B.; 46
Caramello, P.; 28
Carosi, G.; 30
Cassarà, G.; 14; 30
Cauda, R.; 9
Ceccarelli, G.; 30; 46
Chiriotto, M.; 30
Ciarlantini, P.; 29
Cibelli, G.; 25
Cipressi, L.; 29
Cipriano, S.; 25
Colucci, A.; 5; 26; 30; 36; 43; 44; 46
Condoleo, G.; 48
Cosco, L.; 35
Covre, P.; 32
Cristini, G.; 8
Çuka, K.; 48
Cuomo, M.R.; 44
Dal Conte, I.; 30
Dalessandro, M.; 33
D'Aloisio, C.; 28
D'Amato, S.; 6; 21
Damiani, M.; 42
Dascal, G.; 36
Davila Lopez, H.C.; 48
Di Bacco, R.; 34
Di Filippo, S.; 35
Di Sarno, V.; 36
Diodato, M.; 25
Do Rosario Soares Oliviera, J.; 48
Donisi, A.; 30; 37
Dottori, M.; 11
Drago, E.; 41
Dubac, G.; 36
Dussey Comlavi, K.A.J.; 46
Ebo, F.; 13
El Gendy, M.; 28
El Hamad, I.; 8; 30; 43
Errigo, F.; 27
Faggi, A.; 37
Ferrario, T.; 44
Ferri, P.; 46
Figoni, M.; 25; 30
Foracchia, A.; 47
Forcella, E.; 21; 38
Fornaciari, R.; 47
Franklyn, E.E.; 13; 30
Fрати, A.; 36; 40; 43
Fuduli, G.; 41
Gadji, N.; 42
Galipò, R.; 44; 46
Gallo, P.; 5; 26; 30; 36; 43; 44; 46
Gemmi, M.C.; 47

Geraci, S.; 4; 38
 Giannici, R.; 46
 Giorgi, E.; 38
 Gonzalez Herrera, J.C.; 48
 Grabiél Calero, M.A.; 36; 46
 Granados Gutierrez, H.; 48
 Greci, M.; 47
 Guadagnino, V.; 30
 Gulap, C.G.; 46
 Jimenez Torres, S.M.; 48
 Larocca, L.; 50
 Lazzaro, T.; 50
 Leoncini, P.; 28
 Lichtner, E.; 36
 Lichtner, M.; 7; 30; 44; 46
 Listuzzi, A.; 36
 Lorenzetti, D.; 29
 Luzi, A.M.; 5; 26; 30; 36; 43; 44; 46
 Luzi, G.; 17
 Luzi, I.; 44
 Madoni, P.; 38
 Maffia, C.; 25
 Magnani, G.; 47
 Mainieri, D.; 46
 Manghi, M.; 47
 Manuele, R.; 41
 Manujibeya, F.C.; 48
 Mariani, R.; 33
 Marsico, R.; 25
 Martini, M.; 21; 48
 Matar, D.; 28
 Mazzotta, F.; 30
 Mercadante, F.; 46
 Miccoli, A.; 7
 Miccolis, S.; 30
 Mincione, R.; 25
 Mittermair, U.; 44
 Mondo, L.; 38
 Monno, L.; 30
 Montineri, A.; 50
 Moraru, N.; 48
 Morelli, E.; 13
 Moroni, M.; 30; 46
 Morrone, A.; 16
 Mukarutamu, A.; 36
 Negri, C.; 30
 Negri, S.; 46
 Niane, C.O.; 48
 Nicasastro, A.; 46
 Nicoletti, L.; 10
 Nicotra, P.; 41
 Nigro, L.; 41; 50
 Occhipinti, M.L.; 41
 Olivani, P.; 52
 Orsini, A.M.; 35
 Ortolani, P.; 30
 Oueslati, S.; 46
 Panizzut, D.; 52
 Paoloni, M.; 33
 Paoloni, V.; 33
 Paradiso, R.; 54
 Paredes, L.; 48
 Pedone, G.; 43
 Pellegrini, M.G.; 38
 Petrosillo, N.; 15; 30
 Pezzoli, M.C.; 8; 30
 Poli, M.; 30
 Pompa, M.G.; 6; 21
 Prestileo, T.; 14; 30; 46
 Racioppi, N.; 25
 Raise, E.; 13; 30
 Ranelli, A.; 33
 Rezza, G.; 3; 30
 Ricci, A.; 8
 Ricco, P.; 46
 Rusciani, R.; 38
 Sacco, V.; 48
 Salemi, S.; 17
 Salerno, S.; 44; 46
 Sartori, M.; 38
 Scalzini, A.; 30
 Schincaglia, S.; 28
 Scolari, M.G.; 48
 Sjoberg, J.; 50
 Speranza, T.; 30
 Spinelli, A.; 38
 Spizzichino, L.; 19; 43
 Suligoi, B.; 12
 Tallarico, M.; 30; 55
 Testai, P.; 50
 Vasquez, M.; 36
 Vecchia, L.; 47

Villanueva Ifante, H.D.; 48
Viola, G.; 21
Vista, F.; 25

Vito, A.; 30
Vullo, V.; 7; 30; 44; 46

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
a stampa o online 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, aprile-giugno 2009 (n.2) 3° Suppl.