



Dermatologia Tropicale tra passato e futuro

1.1. MEDICINA COLONIALE E MEDICINA TROPICALE

Le malattie tropicali e in particolare quelle cutanee, sembrano essere tornate prepotentemente di attualità, specialmente in questi ultimi anni, anche in rapporto ai fenomeni di mobilità delle popolazioni, in particolare quelle immigrate dai Paesi in via di sviluppo. Ma oggi la definizione di “dermatologia tropicale”, una branca della medicina tropicale che è tornata in auge, non sembra più corrispondere alla vecchia accezione di patologie cutanee *esotiche*, presenti nelle popolazioni delle regioni tropicali, ma comprende anche quelle malattie che insorgono negli immigrati, quando si trasferiscono nei Paesi di accoglienza.

Aldo Castellani, uno dei padri fondatori della Dermatologia Tropicale, scriveva insieme a Filippo Rho per l'Enciclopedia Italiana nel 1937:¹

“La medicina tropicale è quel ramo delle discipline mediche che s’occupa delle malattie prevalenti nei paesi caldi; malattie per la massima parte di natura infettiva o parassitaria, in quanto i rispettivi agenti patogeni trovano nella locale fauna e flora i fattori necessari e nelle condizioni climatiche i fattori secondari favorevoli al loro sviluppo.

Dopo che nell’ultima decade del secolo XV i Portoghesi, doppiando il Capo di Buona Speranza, fecero conoscere la via che conduceva alle Indie Orientali e Cristoforo Colombo ebbe scoperto l’America, genti europee cominciarono su sempre più larga scala a commerciare con paesi tropicali e a stabilirsi in quelle regioni. Sbocciò allora una curiosa letteratura che era un misto di notizie geografiche, zoologiche, botaniche, etnografiche e mediche. Tali sono le opere di G. H. Oviedo, G. da Orta, P. Alpini, J. de Bondt (Bontius), W. Piso, A. Cleyer, H. Sloane, E. Kaempfer. Vennero poi le opere di pura patologia esotica: un trattato completo per i suoi tempi è già quello di J. Lind (1768) che ebbe numerose edizioni; seguono quelli di J. Clark, del cremonese N. Fontana, di J. Hunter, di R. Thomas, per tacere di altri minori, tutti pubblicati nel secolo XVIII. Sono libri sintetici di osservazioni

Il vero miracolo della medicina moderna è di natura diabolica: consiste nel far sopravvivere non solo singoli individui, ma popolazioni intere, a livelli di salute personale disumanamente bassi.

IVAN ILLICH



FIG. 1.1. Gruppo di medici ricercatori riuniti per l'annuale congresso internazionale di dermatologia tropicale presso il District Hospital di Sherare in Tigray, Etiopia.

e studi puramente clinici; e tali rimangono ancora, benché con vedute sempre più vaste, i trattati posteriori di P. Campet, J. Johnson, C. Chisholm, M. Hasper, J.-P.-F. Thévenot, F. Pruner-Bey, A. F. Dutroulau, L.-J.-B. Béranger-Féraud, J. Fayrer, A. M. Corre, che vanno fin verso il 1890.

Frattanto le scoperte dei parassiti malarici (C.-L.-A. Laveran) e di altri protozoi patogeni, quelle di P. Manson circa la periodicità della *Microfilaria nocturna* (parassita del sangue) e il suo ciclo evolutivo nel *Culex fatigans*, zanzara propagatrice (J. Linnean Soc., 1879, XIV, p. 30), quelle di Finlay y de Barres sulla trasmissione della febbre gialla a mezzo della *Stegomyia fasciata* (1881), aprono nuovi orizzonti agli investigatori. Siffatte conquiste, insieme con quelle dell'anatomia patologica, della batteriologia e della parassitologia, ecc., cominciano a farsi sentire nel pregevole trattato di L.-F.A. Kelsch e Kiener (1889), in una prima opera collettiva di specialisti (A. Davidson) e più ancora nei manuali, apparsi quasi contemporaneamente, di H. B. Scheube, F. Rho, P. Manson (1896-97-98), ai quali tengono dietro quelli dei francesi Brault, F. Le-Dantec. I progressi scientifici nel campo delle malattie tropicali parassitarie e infettive raggiungono il fastigio ad opera di Aldo Castellani che scopri:

1. l'agente etiologico della malattia del sonno (1903), un tripanosoma che in suo onore fu recentemente denominato Castellanello;
2. l'agente etiologico della framboesia, una particolare spirocheta, detta *Spirocheta pallidula*;
3. molti funghi, agenti etiologici di malattie della cute, delle mucose e degli organi interni;
4. l'agente etiologico, una spirocheta, di una particolare bronchite emorragica, che fu denominata "bronchite del Castellani".

Di pari passo con la crescente espansione coloniale (a cui avevano dato grande impulso le scoperte geografiche di esploratori africani come Livingstone, Stanley, Savorgnan di Brazzà, Gessi, Emin Pascià, ecc.), lo studio delle malattie tropicali prende allora quasi all'improvviso uno straordinario sviluppo; periodici speciali vi sono dedicati, e sorgono, a breve distanza di tempo, le scuole di medicina tropicale e coloniale di Londra, di Liverpool, di Amburgo, di Parigi, di Bruxelles e anche di Napoli (1903-1912 nell'istituto d'igiene di quell'università), nonché società dedicate a questa specialità o a particolari ricerche, come la società per gli studi della malaria, fondata a Roma nel 1898 per iniziativa di Angelo Celli. Anche nelle Indie, nel cuore dell'Africa, nel Brasile, ecc., si aprono istituti e laboratori per ricerche di questa natura. U. Gabbi, con i suoi allievi, dimostra che di non poche malattie tropicali — oltre la dissenteria e la malaria — si hanno piccoli focolai e casi sporadici autoctoni nel mezzogiorno d'Italia, e analoghe osservazioni sono poi fatte nelle altre isole e penisole del Mediterraneo. La messe e la massa delle cognizioni è ormai tanta che, per la loro esposizione sistematica completa, sono necessari manuali assai voluminosi, come quello di C. W. Daniels, quello anche più ricco di A. Castellani e A. J. Chalmers e il grande trattato collettivo di C. Mense, al quale contribuirono specialisti di varie nazioni, fra cui gl'italiani F. Rho e U. Gabbi. [...] Le più importanti ricerche e scoperte del genere sono ricordate nelle singole voci riguardanti la patologia esotica. Qui enumeriamo soltanto le parti di cui si compone questa branca della medicina:

1. malattie infettive e febbrili causate da protozoi, suddividendole eziologicamente secondo l'agente propagatore (insetti vari, zanzare, mosche, ecc., e altri animali);
2. malattie batteriche diffuse (colera, peste, ecc.);
3. malattie da parassiti più elevati (elminti, ecc.);
4. malattie da carenza alimentare (beri-beri, pellagra, ecc.);
5. malattie da vegetali (funghi, ecc.), in massima parte della pelle;
6. avvelenamenti di origine animale e vegetale;
7. malattie dei vari sistemi e organi, proprie dei climi tropicali o ivi prevalenti;
8. malattie da cause fisiche (colpo di calore, ecc.);
9. igiene coloniale, acclimazione, ecc.

In passato la medicina tropicale rappresentava una branca della medicina coloniale e già questo termine rimandava ad una realtà politica, socio-culturale e scientifica ben precisa e strutturata. La storia della medicina moderna in Africa inizia col colonialismo, quando gli Europei crearono delle strutture mirate a proteggere principalmente gli occidentali dalle malattie tipiche di quelle regioni. In seguito i servizi sanitari cominciarono a occuparsi anche dei bisogni della popolazione locale, in linea con quella "missione di civilizzazione" che veniva usata come scusa per giustificare il colonialismo stesso. Tuttavia, l'interesse nei confronti della popolazione locale rispondeva principalmente alla necessità di assicurarsi manodopera in buone condizioni fisiche, o per lo meno adatta al lavoro. Nelle colonie un ruolo particolare veniva svolto dal personale infermieristico, rigorosamente femminile, tenuto ad emulare la figura dell'angelo del focolare. Attraverso una difesa strenua dell'igiene, a partire da una divisa immacolata, l'infermiera ergeva una barriera invalicabile che la isolava idealmente e fisicamente dal resto degli uomini,

soprattutto dagli abitanti autoctoni. Il culto dell'igiene diveniva anche un ideale baluardo nei confronti della degenerazione morale, ritenuta intrinsecamente associata al clima tropicale.²

In Italia in quegli anni vi era una sorta di Medicina tropicale “in casa”, a causa della diffusione della malaria e di altre malattie, correlate alle pessime condizioni di vita dei più poveri. Angelo Celli, dimostrò l'importanza delle zanzariere per prevenire la malaria e il ruolo del chinino come scelta terapeutica. Negli stessi anni del colonialismo, intraprese un'azione politica attraverso diversi testi scientifici su diverse malattie infettive che devastavano l'Italia e l'agro romano, da lui definito “Abissinia di Roma” in polemica con i fautori dell'espansione coloniale dell'Italia in Africa.³ Nell'opuscolo *Come vive il campagnolo nell'Agro romano* (1900), descriveva le spaventose condizioni igieniche ed economiche, cui erano soggetti i braccianti agricoli stagionali provenienti dalle zone e regioni limitrofe, decimati dalla malaria e soggetti ad uno sfruttamento bestiale da parte di proprietari e mediatori senza scrupoli. Negli anni tra le due guerre mondiali sono state gettate le basi delle ricerche dei laboratori di microbiologia per la ricerca degli organismi responsabili delle principali malattie infettive tropicali e della successiva ricerca farmacologica per contrastarne la diffusione. Questo perché la politica sanitaria costituiva uno degli elementi importanti della politica coloniale. Il contrasto alla diffusione di malattie come malaria, oncocerchiasi, tripanosomiasi o lebbra, è avvenuto secondo una prospettiva di aumento delle potenzialità delle colonie fornitrici di materie prime, non nell'interesse immediato delle persone malate.

Tra colonialismo e medicina, in particolare in Africa, è sempre esistito uno stretto rapporto che influenza ancora oggi la situazione sanitaria e le modalità con cui vengono gestite epidemie come quella recente dei virus Ebola, Zika e SARS-CoV-2.

1.2. LUCI E OMBRE DELLA MEDICINA TROPICALE

La colonizzazione europea ha avuto enormi effetti negativi sulla salute delle popolazioni indigene e dei coloni attraverso l'esportazione, volente o no, di malattie infettive, di meccanismi di oppressione e attraverso il processo di urbanizzazione. La “salute globale” di oggi è in parte figlia di quella “salute internazionale”, a sua volta radicata nelle imprese coloniali. L'impatto negativo del colonialismo sulla salute pubblica è triplice; prima, attraverso l'introduzione di malattie non native; in secondo luogo, facilitando la rapida diffusione della malattia; e in terzo luogo, con l'espropriazione delle ricchezze locali che ha impedito agli indigeni di “uscire” dal ciclo di povertà e malattia. Il Vaiolo nelle Americhe o la Malaria in Sud America sono esempi di malattie non native. Oltre a introdurre nuove malattie, il colonialismo ha cambiato la densità della popolazione in un modo da rendere le popolazioni indigene vulnerabili alle epidemie portate dai colonizzatori. La creazione di centri urbani affollati in Africa, India e America ha fornito un terreno fertile per la diffusione di infezioni come il colera, la tubercolosi e il vaiolo, e gettato le basi per l'epidemia di AIDS ancora agli inizi degli anni ottanta del secolo scorso. La trasformazione sociale prodotta dal colonialismo – l'urbanizzazione – è stato un chiaro catalizzatore per l'emergere di malattie epidemiche. Infine, su larga scala, il colonialismo ha giocato un ruolo importante nell'iniziare l'odierno ciclo perverso povertà-malattia, malattia-povertà. Durante l'era coloniale, la sottomissione degli individui alla logica del profitto è stata la spinta anche per molti interventi sanitari. In altre parole, l'attenzione per la “salute pubblica” serviva soprattutto gli interessi delle potenze coloniali, con miglioramenti per la salute degli autoctoni, come un semplice effetto collaterale trascurabile e secondario. Questo perché il colonialismo era basato, in primo luogo, sulla rapina delle ricchezze a beneficio delle nazioni colonizzatrici.⁴⁻⁸

1.3. L'ESPERIENZA DELLA COSTRUZIONE DEL CANALE DI PANAMA

La storia della costruzione del canale di Panama è segnata dalla strage di migliaia persone morte soprattutto a causa delle malattie tropicali contratte durante i lavori. Il progetto iniziale del 1875 fu dei francesi, ma fallirono nell'impresa sia Ferdinand de Lesseps, già costruttore del Canale di Suez, sia Gustave Eiffel. Uno tra i motivi più importanti del fallimento fu l'incapacità di controllare e limitare l'insorgenza delle malattie tropicali, soprattutto delle febbri trasmesse dagli insetti cioè: malaria, febbre emorragica e febbre gialla. Morirono oltre 22.000 persone tra tecnici e operai. I francesi ignoravano che le zanzare fossero i vettori principali e che fosse necessario un'azione di bonifica, ma misero in atto una soluzione che si rivelò catastrofica. Credendo che le malattie fossero trasmesse dagli insetti striscianti (scarafaggi, scolopendre, formiche ecc.) immersero i piedini dei letti in tazze d'acqua, pensando di evitare il contagio notturno. Le zanzare si moltiplicarono e le larve li sterminarono. Due importanti

medici e ricercatori come Walter Reed e Carlos Finlay, avevano cercato di risolvere questo problema esaminando le potenziali cause dell'epidemia, come un l'aumento delle popolazioni di zanzare e delle paludi. Mentre questa impresa sembrava essere di natura umanitaria, ci si accorse ben presto che non era affatto motivata dagli ideali di carità o giustizia sociale. Anche gli interventi di sanità pubblica erano determinati dalla ricerca di incentivi economici in quanto la cattiva salute dei lavoratori produceva un danno al commercio e al potere coloniale: "Sono sicuro che, trascorsi alcuni mesi o anni, le malattie che hanno ostacolato il completamento del Canale di Panama, saranno rimosse e che il grande bene per questo paese che si aspetta in salute, ricchezza e prosperità fluirà da esso".⁹

1.4. EREDITÀ DELLA MEDICINA COLONIALE

Mentre circa due terzi dell'America Latina aveva raggiunto l'indipendenza all'inizio del 1900, nello stesso periodo c'era un solo Stato libero in Africa. Quindi, l'eredità del colonialismo risiede pesantemente nel continente africano. Nel suo libro, *Curing their Ills*, Megan Vaughn esplora il potere coloniale e la malattia africana nelle colonie britanniche tra gli anni '90 del XIX secolo e gli anni '50 del secolo scorso,¹⁰ sostenendo che la medicina missionaria si concentrava sul controllo delle popolazioni e che la guarigione, per i missionari medici, faceva parte di un programma di ingegneria sociale e morale attraverso cui l'Africa "sarebbe stata salvata" da parte dei Paesi colonizzatori.

In un mondo sempre più globalizzato, molti dei problemi di salute che i decisori politici devono affrontare rimangono problemi di salute "internazionale". Uno dei principi chiave di questa concezione internazionale della salute globale è stato quello di proteggere i cittadini dalle minacce, in particolare dalle malattie infettive, percepite come esterne. Durante gli anni '90, scienziati americani, funzionari della sanità pubblica ed esperti della difesa hanno sostenuto che "le malattie emergenti" rappresentassero una minaccia per la sicurezza nazionale americana, lo sviluppo internazionale e la salute globale. In tal modo, hanno ricapitolato le logiche dominanti della politica sanitaria internazionale e coloniale del secolo precedente.¹¹ La salute pubblica è stata quindi "internazionalizzata" e strettamente legata alle ideologie della sicurezza e del commercio internazionale. Inoltre, la ricerca medica occidentale ha affrontato le esigenze del mondo in via di sviluppo in modo benefico, per esempio sviluppando il chinino come profilassi della malaria, ma lo ha fatto con un atteggiamento "occidentale prima" coerente con l'ethos del colonialismo. I progressi compiuti in vaccinazioni, prevenzioni e trattamenti sono stati studiati quasi esclusivamente perché le nazioni occidentali avevano interessi militari o commerciali in aree dove le malattie tropicali erano prevalenti. È sempre sembrato che la salute e la dignità dei più poveri dei paesi colonizzati non fosse di grande interesse per le potenze coloniali, a meno che non rappresentasse una minaccia agli interessi economici e militari dei colonizzatori.

Nella cosiddetta patologia "coloniale" in effetti, non esistevano problematiche strettamente mediche, ma erano presenti questioni di ordine socio-economico perché i flagelli epidemici avevano un impatto sulla demografia e sull'economia. In questo periodo venne avviata la realizzazione delle strutture sanitarie – come l'assistenza medica indigena – e profilattiche, embrioni di istituzioni tuttora esistenti per il controllo delle grandi endemie, grazie alla tenacia di pionieri della medicina tropicale.

L'assenza di farmaci efficaci ha costituito per lungo tempo un grave ostacolo a questa politica. La "corazza magica" delle tribù Mosé del Sud saheliano o l'olio di chaulmoogra non assicuravano certamente la guarigione della lebbra; la triparamide, se debellava i tripanosomi, portava alla cecità, era tossica e costosa; anche la chinina estrattiva era costosa e il suo approvvigionamento era aleatorio. La ricerca biomedica degli anni Venti e Trenta, durante i quali sorsero università e istituti di patologia esotica e tropicale, la seconda guerra mondiale – forte incentivo per l'industria chimica –, hanno messo a disposizione un'abbondanza di composti di sintesi ad azione farmacologica. I laboratori di ricerca e le industrie farmaceutiche rispondevano così ai bisogni formulati dai dirigenti politici e dagli operatori delle strutture sanitarie d'oltremare. Molti laboratori farmaceutici fondarono la loro notorietà su questa iniziale specializzazione nelle malattie tropicali, come il laboratorio belga Meurice-Ucb, il francese Spécia, gli inglesi Ici e Wellcome e l'americano Winthrop. Un terzo dei farmaci essenziali che vengono utilizzati quotidianamente nella medicina tropicale è nato in questa fase "gloriosa": è il caso della maggior parte degli antimalarici (cloroquina, amiodachina, cloprguanil) e praticamente di tutti i tripanocidi.

Quando i francesi conquistano le loro colonie in Africa, i medici militari sono in prima linea. L'igiene deve sconfiggere il dolore e l'istruzione la superstizione. Unità sanitarie mobili affiancano gli eserciti, ogni posto militare dispone di un centro sanitario, ogni distretto di un primario. Con l'epidemia di Ebola in Africa occidentale sembrano tornate attuali «*le coste appestate dell'Atlantico*». Giornali e TV diffondono paura e bisogno di protezione, compassione e sdegno in America e in Europa. L'epidemia risveglia la coscienza del mondo e fa capire quan-

to i media siano ancora prigionieri di modelli coloniali. Ebola distrugge la nuova immagine dell'Africa, quella di un continente in ascesa affermatasi negli ultimi anni. Improvvisamente l'Africa ridiventa il continente che si può aiutare o dal quale ci si deve proteggere, come in passato.

In passato il punto di partenza della medicina coloniale in Africa non era il benessere delle persone ma la sconfitta delle epidemie. Non si guarivano i pazienti, si combattevano gli agenti patogeni. Educazione sanitaria, profilassi, attrezzature mediche, tutto questo per gli Africani non c'era e forse non c'è ancora. L'unico obiettivo era quello di proteggere i colonizzatori. Finché non ci fu bisogno di forza-lavoro, il fatto che la popolazione autoctona continuasse a morire di malattie curabili a causa di lavoro forzato, deportazione e distruzioni non aveva importanza. Ma, anche dopo, la politica sanitaria è rimasta una politica di potere, un mezzo per disciplinare la parte «utile» della popolazione. La medicina coloniale non aveva niente a che fare con il miglioramento delle condizioni di vita.

Le guerre coloniali, penalizzanti pesantemente le popolazioni indigene, furono quindi dei veri e propri laboratori di sperimentazioni distruttive, anche se in qualche caso rappresentarono delle opportunità di prassi di nuove risorse cliniche e di nuove forme di chirurgia e terapia. Gli interventi chirurgici esercitati *in corpore vili* di africani e asiatici permettono ai chirurghi europei di accumulare esperienze in modo sovente spregiudicato, come avviene nella guerra anglo-boera del 1899-1902 e nella guerra russo-giapponese del 1904-1905. Ancora, le malattie tropicali consentono osservazioni che permettono di scoprire cause e meccanismi d'infezione, premessa di nuove terapie antinfettive: è il caso della malaria, di cui il medico francese Charles-Louis-Alphonse Laveran (1845-1922) scopre nel 1881 l'agente parassitario, il protozoo del genere *Plasmodium* e di cui il medico inglese Ronald Ross (1857-1932) dimostra nel 1897 la trasmissione all'uomo tramite la zanzara del genere *Anopheles*. Laveran e Ross sono entrambi medici militari che si occupano di medicina tropicale nelle colonie Algeria e India, rispettivamente di Francia e Inghilterra. Scoperte che valsero ad entrambi il premio Nobel. In Italia Celli e Marchiafava dettero la prima accurata descrizione del parassita scoperto dal Laveran, che chiamarono *Plasmodium malariae*. Nel 1885, Camillo Golgi (anche premio Nobel nel 1906) dimostrò l'associazione tra periodicità delle febbri malariche e il ciclo del plasmodio e, nel 1898, Giovanni Battista Grassi identificò il vettore della malaria nelle zanzare *Anopheles*, ottenendo la prima trasmissione sperimentale.

La ricerca scientifica si inseriva nel momento storico della conquista degli imperi africani ed asiatici. La scienza europea si proponeva di "civilizzare" l'Africa, la medicina era una parte di questo aspetto di "civilizzazione". L'uso amministrativo della medicina moderna in Africa si dispiegava all'interno del colonialismo e diventava un mezzo ulteriore di "civilizzazione" progressiva.

Il territorio africano è una sede privilegiata di numerose sperimentazioni scientifiche mediche moderne. Una parte di queste sperimentazioni è indubbiamente legata a forme di razzismo insite nella cultura europea. La "missione civilizzatrice" non risparmia nessun territorio africano colonizzato dall'Europa. La pratica scientifica coloniale è una parte interessante da analizzare di questo percorso extra-europeo. La dimensione sociale dell'incontro/scontro coloniale può essere vista anche in queste tematiche sanitarie. Gli Africani hanno beneficiato o sono rimasti destinatari passivi di questa fase espansiva della scienza moderna? Il problema è quello di valutare criticamente questa fase dell'espansione europea legata ad una nuova scienza medica e di contestualizzare l'impatto, come il lascito, di questo tipo di "medicina imperiale". Accanto ai lavori strettamente medici, esiste una vasta letteratura nell'ambito della sociologia della medicina che colloca l'aspetto medico all'interno del sociale, delle condizioni di sussistenza, molto spesso al limite della vita umana. Analogamente sviluppati gli studi di antropologia medica, che offrono connessioni fra la malattia, il corpo e le istituzioni sociali ed economiche. La medicina allopatrica occidentale, promossa dagli stati coloniali e finalizzata alla cura dei coloni e dei funzionari europei, ebbe scarse ripercussioni sulle trasformazioni sociali. Nel Corno d'Africa, le ex colonie italiane, in particolare Eritrea e Somalia, seguirono questo percorso. La medicina promossa dall'amministrazione coloniale italiana non ha mai raggiunto la maggior parte della popolazione africana, con un impatto limitato nello spazio e nel tempo. Inoltre, la formazione dei primi medici moderni africani non era finalizzata allo sviluppo di una nuova forma di medicina locale, a differenza della British East Africa. I missionari, al contrario degli amministratori occidentali, svolsero un ruolo significativo nel promuovere modelli differenti di medicina. La medicina missionaria si pose in alternativa/competizione, all'interno dello stato coloniale, facendo riferimento alle pratiche indigene e ai curatori locali attraverso l'uso, appunto, e il recupero di tecniche tradizionali. In più, era incentrata principalmente sulla cura della popolazione africana, due punti particolarmente importanti e che la contraddistinguevano dall'operato degli amministratori europei.¹²⁻¹⁴

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fu fondata dalle Nazioni Unite nel 1946. Si era già nel dopoguerra, ma culturalmente si era ancora in epoca coloniale. Le potenze coloniali europee si opposero con forza all'apertura di una sede permanente dell'OMS in Africa: temevano che il personale medico dell'organizzazio-

ne, strettamente legato alle Nazioni Unite, potesse alimentare le ideologie anti-colonialiste. Per ridimensionare il peso dell'OMS, alcune potenze coloniali crearono delle organizzazioni concorrenti, che col tempo scomparvero ma che comunque hanno influenzato negativamente lo sviluppo delle attività dell'OMS in Africa.

Con la fine del colonialismo fra gli anni Cinquanta e Settanta, l'OMS iniziò ad avere maggiore libertà d'azione. In questo periodo anche altre organizzazioni sanitarie iniziarono a giocare un ruolo importante in Africa, agendo con efficacia sul campo e portando così al miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni del continente. I loro sforzi si concentrarono sulla lotta alla malaria e al vaiolo, sul miglioramento dell'alimentazione di neonati e bambini e sulla creazione di infrastrutture mediche e strutture universitari e di Medicina e Chirurgia.

L'esperienza della lotta contro l'epidemia di Ebola, non è stata medicina coloniale, perché si prendeva cura dei malati e percepiva loro e le loro famiglie come persone, la cui vita era la più alta priorità. Ma la lotta contro Ebola come è stata condotta restava lotta contro le epidemie di vecchia scuola, con obbligo di quarantena, disciplina rigida, logistica organizzabile solo militarmente. E con esperti che sembravano extraterrestri, che fronteggiavano la popolazione locale come conquistatori che sanno tutto e meglio di altri. Quando gli aiuti internazionali arrivarono sul posto con migliaia di soldati, esperti, medici e rifornimenti, c'era ancora qualcuno a ricordare che la Liberia, la Sierra Leone, la Guinea non avevano solo bisogno di aiuto per combattere l'epidemia ma di sistemi socio-sanitari e scolastici funzionanti? Questi Paesi non ne hanno mai avuto. La Liberia e la Sierra Leone sono Stati coloniali, fondati da ex schiavi degli USA e della Gran Bretagna, con sistemi di quasi-apartheid. Le rivolte, fomentate e finanziate dalle multinazionali che sfruttano le risorse minerarie locali, hanno prodotto le sanguinose guerre civili degli anni '90, nelle quali la sola Liberia ha perso un decimo della sua popolazione. Nel frattempo la Guinea ha vegetato sotto una delle più brutali dittature militari dell'Africa. Quello che esisteva di sistemi sanitari è sparito, gli ospedali distrutti, il personale specializzato costretto ad emigrare.

1.5. IL PANORAMA ATTUALE

Attualmente l'enfasi dei governi viene posta sul rapporto costo-beneficio. Il crescente numero di viaggi in zone tropicali del mondo se ha contribuito a ridurre le distanze tra i luoghi e i popoli, ha determinato un aumento di malattie infettive con manifestazioni cutanee. Risulta necessario quindi per i dermatologi un costante aggiornamento su queste malattie cutanee emergenti. Ma quali sono le malattie, ed in particolare quelle cutanee, realmente più diffuse nei paesi tropicali?

La nostra esperienza e gli studi condotti sulle popolazioni nelle regioni tropicali, indicano che l'attività dermatologica ordinaria, sia nei centri di primo livello che in quelli specializzati, deve affrontare in massima parte malattie poco "esotiche" e sensazionali, ma più diffuse e comuni, come l'eczema, la psoriasi, il lichen ruber planus, il lupus eritematosus, la scabbia, le piodermi, le micosi superficiali, le infezioni sessualmente trasmissibili, compreso HIV/AIDS e, del tutto recentemente, i tumori cutanei, in particolare l'epitelioma spinocellulare e il melanoma. Le infezioni ad eziologia specificatamente tropicale, anche se alcune possono essere particolarmente gravi ed è quindi opportuno individuarle tempestivamente e in modo corretto, non sono le più frequenti benché a nostro parere siano comunque diffuse, ma di maggiore difficoltà nell'individuarle, anche per la mancanza di adeguate campagne di prevenzione e diagnosi precoce e di personale specificamente formato nelle diverse aree rurali.

Tra le nuove malattie emergenti nella dermatologia tropicale possiamo annoverare:

- la Balamutiasi, infezione granulomatosa del sistema nervoso causata dall'ameba *Balamuthia mandrillaris* che si presenta all'inizio con una lesione cutanea del viso;
- la Gnatostomiasi, parassitosi causata da *Gnathosoma spinigerum*, abituale parassita di cani e gatti, che sulla cute si manifesta con placche eritematose ed edematose, urticanti e pruriginose;
- la Penicilliosi, infezione fungina causata da *Penicillium marneffei* che colpisce soggetti immunodepressi (AIDS) con comparsa sulla cute di papule o foruncoli nel 75% dei casi;
- la Pitiosi, dovuta al fungo *Pythium insidiosum* che si presenta con lesioni sottocutanee che possono aggravarsi con necrosi e ulcerazioni gravi;

Hydroa maligna, una eruzione cutanea maligna che colpisce i giovani provocando edema pronunciato, ulcere, croste, vescicole, al livello del viso e delle estremità, considerata una variante rara del linfoma a cellule NK/T. L'attività specialistica dedicata alle malattie tropicali dimenticate risulta molto scarsa sia nei Paesi a reddito elevato sia nei Paesi a basso reddito.

Nei paesi a forte flusso migratorio, quando arrivano individui originari dei paesi tropicali, si tende a sovrastimare la frequenza di una patologia esotica a scapito di affezioni ubiquitarie, rischio d'altronde controbilancia-

to da quello di non riconoscere un'afezione tropicale potenzialmente grave (Sindrome di Salgari). Il problema principale è rappresentato dalla mancanza di investimenti scientifici e di ricerche cliniche ed epidemiologiche per individuare le cause di malattie quali l'oncocerciasi, la filariosi, la tripanosmiasi. Nei Paesi tropicali spesso l'esperienza delle diverse figure di operatori sanitari (*practitioners, health officers, nurses, community health workers*) permette di valutare correttamente la frequenza relativa di patologie tropicali, ma spesso non ci sono sufficienti risorse economiche, scientifiche e tecniche per farsi carico in maniera adeguata di patologie diffusissime, ma sulle quali si fa ricerca con troppa parsimonia, perché considerate a carico di popolazioni troppo povere per favorirne l'interesse. Anche la ricerca farmaceutica non investe risorse per lo studio di queste patologie.

La situazione sanitaria è grave e la ricerca su temi di tale importanza per la salute pubblica dovrebbe costituire una priorità. Ma anche per le malattie frequenti come la scabbia e le piodermi, così come per le infezioni sessualmente trasmissibili.^{11,15}

1.6. COVID-19 E NEGLECTED TROPICAL DISEASES

La pandemia da Covid-19 ha travolto l'intero pianeta Terra e ha determinato una vera e propria sindemia, con profonde e gravi implicazioni anche in ambito economico, sociale, culturale, clinico-scientifico e relazionali. La diffusione del Covid-19 ha ridotto i servizi per la diagnosi e la terapia di molte malattie che coinvolgono la cute e diffuse nelle regioni tropicali, come la Tuberculosis, la Malaria, l'infezione da HIV/AIDS e le *Neglected Tropical Diseases*.

Da questa pandemia abbiamo imparato che anche la pelle può essere un bersaglio dell'infezione e le manifestazioni cutanee possono aiutare a individuarla precocemente anche in soggetti asintomatici. La tipologia delle manifestazioni cutanee è molto varia. Esistono segni cutanei sicuramente imputabili al Covid-19, perché comparsi in corso di infezione accertata e manifestazioni cutanee sospette per l'infezione perché comparse in soggetti asintomatici o con sintomi lievi. Spesso le lesioni cutanee possono essere il segno unico, iniziale o minimo dell'infezione asintomatica da SARS-CoV-2. Ecco perché la conoscenza e lo studio della cute rappresentano un'opportunità unica anche nel contrasto alla diffusione della pandemia, soprattutto in aree povere di servizi sanitari dove è molto difficile eseguire indagini per la ricerca del SARS-CoV-2.

La sindemia ha inoltre oscurato la realtà degli altri microrganismi responsabili di malattie infettive gravi che continuano a circolare e rischiano di contagiare e far ammalare centinaia di milioni di persone soprattutto nelle aree tropicali dei Paesi impoveriti.

Le NTD sono un gruppo eterogeneo di patologie di origine batterica, virale, parassitaria, fungina trasmissibili. Sono oltre 20 patologie. La loro epidemiologia è complessa e spesso è correlata alle condizioni ambientali, sociali ed economiche, oltre che alla presenza di servizi sanitari. Molte sono trasmesse da vettori, hanno riserve animali e sono associate a cicli vitali complessi: tutti questi fattori rendono difficile il loro controllo sulla salute pubblica. L'OMS stima che oltre 1,7 miliardi di persone richiedano interventi per almeno una di essa ogni anno.

Nonostante la loro diversità, le NTD condividono un contesto geografico e sociale comune: il loro onere è prevalentemente a carico delle aree tropicali di tutto il mondo e colpiscono principalmente le comunità più povere di risorse. La correlazione con la povertà è così stretta che queste malattie sono talvolta indicate come malattie delle popolazioni trascurate. Tale radicamento tra persone svantaggiate con poco potere politico-economico, contribuisce al disinteresse al loro contrasto.

Stime prudenti indicano che le NTD contribuiscono a perdere 19 milioni di anni di vita a causa della malattia per disabilità o per morte prematura (*Disability-Adjusted Life*



FIG. 1.2. Piccoli pazienti nell'ospedale dermatologico Ethio-Italian di Quiha, Tigray.

Year, DALY) e rappresenterebbero circa il 2% del carico globale di malattie, sebbene con grandi variazioni tra paesi tropicali e non tropicali e tra aree in via di sviluppo e aree sviluppate.

L'OMS, attraverso la campagna indicata nella nuova road map *“Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030*, ha programmato una serie di interventi principalmente di natura preventiva. La campagna ha obiettivi ambiziosi: eradicare entro il 2030 alcune di esse e ridurre del 90 per cento la loro diffusione attraverso la diagnosi precoce e l'immediata terapia, oltre che con campagne di prevenzione, soprattutto nelle aree remote crurali. Tra gli altri obiettivi, vi sono anche quelli di ottenere in almeno 100 Paesi i farmaci specifici e l'eliminazione di almeno una malattia, oltre che la riduzione del 75 per cento il numero di decessi per malattie tropicali neglette, tra cui l'Oncocerciasi, la Leishmaniasi, la Lebbra e la Filariasi.

Il successo della missione dipenderà dalla rapidità con cui verranno effettuati una serie di interventi cruciali su tre fronti: l'approvvigionamento di acqua potabile, la disponibilità di servizi igienico-sanitari, la raccolta e comunicazione dei dati.

«Se vogliamo porre fine al flagello delle malattie tropicali neglette, dobbiamo urgentemente agire in modo diverso. Ciò significa iniettare nuova energia nei nostri sforzi e lavorare insieme in nuovi modi per offrire la prevenzione e il trattamento di tutte queste malattie a tutti coloro che ne hanno bisogno», ha dichiarato Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'OMS e collega con il quale abbiamo lavorato per molti anni in Tigray (Etiopia).¹⁶⁻³⁴

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Castellani A, Rho F. Patologia Tropicale. In: Enciclopedia Italiana Treccani; 1937. Available from: https://www.treccani.it/enciclopedia/patologia-tropicale_res-0fa50b8d-8bb8-11dc-8e9d-0016357eee51_%28Enciclopedia-Italiana%29/.
2. Howell J, Rafferty AM, Wall R, et al. Nursing the tropics: nurse as agents of imperial hygiene. *J Public Health* 2013;35:338-41.
3. Celli A. La lotta contro la malaria in Italia: rapporto al 14. Convegno di igiene in Berlino. Roma: Tipografia ditta L. Cecchini; 1907.
4. Whitney A, Bravo FG. High Emerging Diseases in Tropical Dermatology. *Adv Dermatol* 2007;23:335-50.
5. Vaughan M. Healing and Curing: Issues in the Social History and Anthropology of Medicine in Africa. *Soc Hist Med* 1994;9:283-95.
6. Stanley YP. Issues in the Study of Ethno-Medical Systems in Africa. In: P. Stanley Yoder editor. *African Health and Healing Systems. Proceedings of a Symposium*. Los Angeles: Crossroads Press; 1982.
7. Armegalos G, Brown P, Turner B. Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Soc Sci Med* 2005;61:755-65.
8. Turshen M. *The Politics of Public Health*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1989.
9. Packard R. *The Making of a Tropical Disease: A Short History of Malaria*. London: Johns Hopkins University Press; 2007.
10. Transactions of the Second General International Sanitary Convention of the American Republics, Held in Washington, D.C., October 9, 10, 12, 13, and 14, 1905, Under the Auspices of the Governing Board of the International Union of the American Republics. Washington D.C.: Government Printing Office; 1906, p. 94.
11. Crosby AW. *The colombian exchange: biological and cultural consequences of 1492*. Santa Barbara: Greenwood Publ group; 1972.
12. Farmer P. *The Uses of Haiti*. Monroe. ME: Common Courage Press; 1994.
13. Vaughn M. *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*. Stanford: Stanford University press; 1991. p. 202.
14. King NB. Security, disease, commerce: ideologies of postcolonial global health. *Soc Studies Sci* 2002;32:763-89.
15. Arnold D. Introduction: Disease, Medicine and Empire', in David Arnold editor, *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Manchester: Manchester University Press; 2013. p. 1-26.
16. Padovese V, Dassoni F, Morrone A. Scabies coexisting with other dermatoses: the importance of recognizing multiple pathologies in resource-poor settings. *Int J Dermatol* 2020;59:1502-5.
17. Pigliacelli F, Donà MG, Giglio A, et al. Did the coronavirus pandemic reveal old neglected infections? *Int J Dermatol* 2020;59:1391-2.
18. Morrone A. Covid-19 tra mito e realtà. Luci e ombre della pandemia che ha travolto il pianeta. Roma: Armando; 2021.
19. Morrone A. *Salute e società. Medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1995.
20. Morrone A. *Dermatologia delle popolazioni i mobili*. Roma: Società Editrice Universo; 2001.
21. Morrone A, Racalbutto V. *Health Systems and Skin Diseases: the case of Ethiopia*, Ethiopia 2007.
22. Morrone A. *Global Dermatology. Ricerca Clinica e logica matematica in Medicina delle Migrazioni*. Bologna: MNL; 2007.
23. Ralli M, Arcangeli A, De-Giorgio F, et al. COVID-19 and Homelessness: Prevalence Differences Between Sheltered and Unsheltered Individuals. *Am J Public Health* 2021;111:e13-e15.
24. Cristaudo A, Pigliacelli F, Pacifico A, et al. Teledermatology and hygiene practices during the COVID-19 pandemic. *Contact Dermatitis* 2020;83:536.
25. Ralli M, Cedola C, Urbano S, et al. Homeless persons and migrants in precarious housing conditions and COVID-19 pandemic: peculiarities and prevention strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020;24:9765-7.
26. Agrati C, Di Cosimo S, Fenoglio D, et al. COVID-19 Vaccination in Fragile Patients: Current Evidence and an Harmonized Transdisease Trial. *Front Immunol* 2021;12:704110.
27. De Luca A, Ripa di Meana F, Vujovic B, et al. Reorganization of Istituti Fisioterapici Ospitalieri, an oncological and derma-