DELTA
rivista di informazione sull'HIV

n. 96 ESTATE 2023

Poste Italiane spa Sped. in Abb. Postale D. L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/04 n4. 7) art.1, comma 2 - DCB - Roma
Reg.Trib. Roma n.373 del 16.08.2001

A BRIGLIA SCIOLTA

Le Nazioni Unite hanno dichiarato che il decennio 2021 - 2030 deve passare alla storia come quello dell'invecchiamento in salute e devono essere compiuti tutti gli sforzi possibili per ottimizzare le capacità funzionali della popolazione nel tempo.

Ma, dopo due anni da questa dichiarazione di intenti, oggi evidenziata da Lancet, siamo tutti d'accordo che gli ostacoli sono ancora di traverso, e mettono a rischio le attese del decennio.

Se ne sono accorte, soprattutto, le persone che, invecchiando, vedono andare in fumo le proprie attese anche a causa di risorse economiche deficitarie, incapacità gestionale, miopia politica, caos strutturale. L'Italia ha firmato accordi, dichiarandosi pronta a impegnare risorse umane e finanziarie che, di fatto, non ha.

Abbiamo ancora azioni da intraprendere per riprendere l'ottimizzazione della qualità della vita ed il miglioramento delle abilità individuali, malgrado l'invecchiamento e le copatologie? Quali possono essere gli strumenti da applicare per avvicinarci quanto più possibile alle attese?

Nulla è più urgente di fornire risorse a lungo termine ai cittadini, mentre in molti paesi limitrofi si sta perdendo l'indipendenza e la capacità di far valere i propri diritti inalienabili. Riceviamo denunce di gruppi etnici e stranieri che subiscono la privazione della libertà e sono perseguitati per le proprie scelte, fondamenti della dignità umana, mentre sono sempre più esposti alla mancanza di quanto necessario a sviluppare le proprie diversità, oppressi da ineguaglianze, emarginazione, pregiudizio e ingiustizia che ostacolano anche il processo verso la salute.

Nemmeno noi viviamo in un'isola felice. La gestione della salute è sempre più travagliata. Inutile chiedersi come potremmo affrontare nuove emegenze dato che l'efficienza del sistema sanitario è gravemente in crisi.

pag. 4

pag. 8

2 DONNE TRANSGENDER: ALTO INDICE DI MORTALITA'
3 UOMINI TRANSGENDER: PREVALENZA DI HIV
4 ICAR 2023
5 PREDICTORS AS PREVENTION
8 GERIATRIC HIV CONFERENCE
11 PrEP: RIMBORSABILITA' LIMITATA
13 LGBTQ E SUICIDIO
17 COVID - 19: FINE DELL'EMERGENZA?
20 LETTERA AL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

ALTA MORTALITÀ
TRA LE DONNE TRANSGENDER

L'alta mortalità tra le donne transgender statunitensi sembra essere correlata alla vulnerabilità sociale piuttosto che all'HIV, nonostante il basso uso della profilassi pre-esposizione (PrEP), secondo i risultati recentemente pubblicati da uno studio di coorte. Le morti prevenibili e violente in questa popolazione evidenziano obiettivi importanti per ulteriori studi e interventi.

Lo scopo di questo studio di coorte multisito era stimare l'incidenza dell'HIV nelle donne transgender negli Stati Uniti orientali e meridionali. I ricercatori hanno anche raccolto dati sulla mortalità durante il periodo di follow-up e questi risultati sono riportati anche qui. 9 delle 1.312 donne transgender sono morte durante il periodo di studio: una ciascuna per omicidio e suicidio, due per overdose e il resto per altre cause o sconosciute.

I partecipanti, monitorati per almeno 24 mesi durante il 2018-2022, hanno contribuito con 2.730 anni-persona (PY) di follow-up, con un tasso di mortalità di 3,3/1.000 PY. Tale tasso era più alto tra i partecipanti Latini (che comprendevano il 9% di tutti i partecipanti). Tutti tranne un partecipante deceduto erano disoccupati (contro il 41% di tutti i partecipanti), un terzo era stato senzatetto (contro l'11% complessivo) e due terzi avevano lavorato a prostituirsi (rispetto al 38% complessivo).

Il tasso di incidenza dell'HIV era di 5,5 / 1.000 PY ma era più alto tra le donne (che costituivano il 13% di tutti i partecipanti) e quelle che vivevano nel donne che cercavano assistenza per la transizione avevano meno probabilità mentre le donne che avevano rapporti sessuali con uomini cisgender avevano maggiori probabilità di farlo.

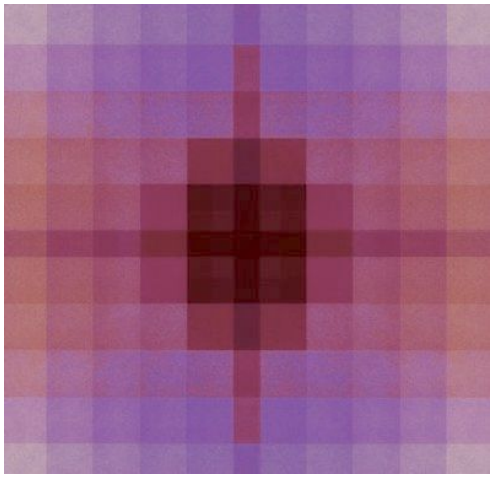
Le sieroconversioni differivano anche in base alla modalità di studio: il 56% delle donne sieroconvertite ha visitato siti fisici, mentre il 44% ha fornito dati solo virtualmente. A 8,7 / 1.000 PY, i partecipanti basati sul sito hanno acquisito l'HIV a tassi più elevati. rispetto ai partecipanti solo digitali (1,6 / 1.000 PY).

Le valutazioni di persona includevano l'autotest trimestrale dell'HIV presso il sito, mentre ai partecipanti remoti è stato chiesto di presentare campioni orali due volte l'anno per i test di laboratorio.

Punti salienti della discussione e implicazioni per la pratica

Mentre la mancanza di PrEP tra le donne sieroconvertite è preoccupante, le morti violente e prevenibili dovrebbero essere maggiormente focalizzate sulla ricerca sull'HIV, hanno osservato gli autori dello studio. Raccomandano interventi specifici a livello strutturale incentrati sull'accesso ai servizi, nonché interventi individuali tra cui l'abuso di sostanze e interventi di salute sessuale. Hanno anche sottolineato che è necessario un approccio ponderato all'uso della PrEP in questa popolazione.

Infine, gli autori sono d'accordo nel sostenere che l'alto indice di mortalità delle donne transgender regolarmente riscontrato negli studi longitudinali, dovrebbe sollevare preoccupazioni, perché la morte è in competizione con l'obiettivo di prevenire l'infezione da HIV tra le donne transgender affinché possano godere di una vita sana".



Fonti:

HIV incidence and mortality in transgender women in the eastern and southern USA: a multisite cohort study published online on Feb. 28, 2023, in The Lancet HIV. The lead author is Andrea L. Wirtz, Ph.D., of the Department of Epidemiology at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health of Johns Hopkins University in Baltimore, Maryland.

Social determinants of transgender women's health, Carlos F Cáceres, M.D., Ph.D. Ximena Salazar, Ph.D., of the Center for Interdisciplinary Studies in Sexuality, AIDS, and Society at Universidad Peruana Cayetano Heredia in Lima, Peru.

ALTO INDICE DI HIV TRA GLI UOMINI TRANSGENDER

Gli uomini transgender e le persone transmaschili negli Stati Uniti hanno un tasso più elevato di HIV rispetto alla popolazione in generale, ma il dato è guidato in gran parte da coloro che hanno rapporti sessuali con uomini cisgender, secondo uno studio pubblicato sul Journal of the International AIDS Society.

La ricerca sull'HIV tra le persone transgender è stata storicamente scarsa. I dati sugli uomini trans rimangono scarsi, spesso non sono inclusi nella ricerca sulla prevenzione dell'HIV, ma l'epidemiologia di MPOX (ex monkeypox) mostra che molte persone transmaschili fanno parte delle reti sessuali di uomini gay e bisessuali, suggerendo che hanno un rischio elevato di esposizione all'HIV.

Il dott. Asa Radix, Mailman School of Public Health della Columbia University, e colleghi hanno valutato la prevalenza dell'HIV tra gli uomini transgender e le persone transmaschili che hanno ricevuto cure presso il Callen-Lorde Community Health Center di New York City, una clinica specializzata nella cura della comunità LGBT.

Le stime della prevalenza dell'HIV tra gli uomini trans variano fino al 4%, ma precedenti studi statunitensi non hanno stratificato i partecipanti in base al sesso e al genere dei loro partner sessuali, hanno osservato i ricercatori come sfondo. Questo studio mirava a prendere in considerazione questo e altri fattori rilevanti, tra cui i dati socio-demografici e la ricezione di cure di affermazione di genere, come la terapia ormonale o la chirurgia.

Il Transgender Data Project ha realizzato una revisione retrospettiva degli adulti transgender e di genere diverso presso la clinica tra gennaio 2009 e dicembre 2010. I dati includevano sesso alla nascita, genere attuale, razza/etnia, istruzione, occupazione, alloggio, stato assicurativo, sesso e genere dei partner sessuali, screening e stato dell'HIV e ricezione di cure di affermazione di genere.

L'analisi ha incluso 577 persone transmaschili, definite come femmina alla nascita e attualmente identificate come uomini transgender, uomini transessuali, FTM (female-to-male), gender-nonconforming o genderqueer. L'età media era di 32 anni. Poco più della metà (55%) erano bianchi, seguiti dal 14% neri e dal 12% latini. La maggior parte (79%) aveva ricevuto testosterone e il 42% era stato sottoposto almeno ad un interventochirurgico di affermazione di genere.

La maggioranza (64%) ha riferito di avere almeno un partner sessuale femminile cisgender (non transgender), mentre il 32% ha riferito di avere almeno un partner maschile cisgender; Il 9% aveva solo partner maschi cisgender.

Lo screening dell'HIV era "subottimale", con meno della metà dei partecipanti (43%) che erano mai stati testati. Coloro che erano stati sottoposti a screening avevano meno probabilità di essere bianchi e più probabilità di essere neri. Questo basso tasso era inaspettato, hanno osservato gli autori, in un centro sanitario con un robusto programma HIV in cui tutti i clienti presumibilmente avevano un buon accesso all'HIV e ai servizi di screening delle infezioni sessualmente trasmissibili.

Delle 250 persone sottoposte a screening, sette erano sieropositive, per una prevalenza complessiva dell'HIV di circa il 3%, "notevolmente superiore alla prevalenza della popolazione generale", La prevalenza era circa il doppio per gli uomini trans che avevano rapporti sessuali con uomini cisgender rispetto a quelli che avevano rapporti sessuali con donne cisgender (3,5% contro 1,8%, rispettivamente). La prevalenza era più alta tra le persone transmaschili che hanno riferito di aver fatto sesso solo con uomini cisgender, all'11%, ma i numeri erano probabilmente troppo piccoli (due casi positivi su 18 persone testate) per considerare questa una differenza significativa rispetto ai partecipanti che hanno riferito di qualsiasi sesso con uomini cisgender. Le persone con almeno un'istruzione di scuola superiore avevano meno probabilità di avere l'HIV, ma ancora una volta, i numeri erano bassi.

Sebbene la prevalenza dell'HIV sia stata stimata bassa tra gli uomini transgender, l'analisi ha trovato risultati eterogenei quando stratificati per genere dei partner sessuali", hanno concluso gli autori dello studio.

"I risultati sottolineano la necessità di comprendere il rischio sessuale tra gli individui transmaschili e di disaggregare i dati sull'HIV per coloro che hanno rapporti sessuali con uomini cisgender, consentendo così anche una migliore inclusione negli sforzi di prevenzione dell'HIV".

Asa Radix et al., Mailman School of Public Health, Columbia University, e colleghi Callen-Lorde Community Health Center di New York City.

FILIPPO von SCHLÖSSER

Con lo slogan: "Dalla Prevenzione alla Cura", ha avuto luogo la XV Edizione di ICAR ove ricerca e Organizzazioni del Terzo Settore si sono incontrate per riunire in una sede unica le ricerche effettuate durante l'anno.

L'apertura al Teatro Petruzzelli

All'apertura è stato presentato un filmato ricordo su Giulio Corbelli, attivista HIV e per i diritti umani delle persone LGBTQ+. Il significato del filmato è stato esplicitamente diretto ad invitare i presenti a proseguire l'attività che, suo malgrado, ha dovuto interrompere. Dopo l'emozionante ricordo di un compagno di lavoro che non c'è più, la community quest'anno ha voluto evidenziare i drammi che vive la comunità "invisibile" delle persone con disforia di genere, affidando la lettura di alcuni aspetti drammatici di vita descritti nel libro dell'autore, Michele Formisano, il quale ha presentato poi molti aspetti di vita vissuta nel lungo percorso di adattamento del corpo e della mente, obiettivi del pregiudizio e dell'emarginazione, al genere con cui meglio si identifica.

Special Session

Per promuovere il concetto mondialmente conosciuto come U = U, oggetto di una consensus conference e poi di vari articoli su Delta, le 10 Organizzazioni che hanno realizzato il progetto-studio con l'aiuto di SIMIT- ICAR hanno presentato la campagna di informazione sul significato di "U = U, impossibile sbagliare". Dopo l'approvazione che l'iniziativa ha ottenuto sia dal settore scientifico che da quello delle associazioni, la campagna di informazione sarà lanciata a settembre sui social con l'aiuto delle associazioni territoriali e mira a far conoscere il messaggio della non trasmissibilità dell'HIV in assenza di carica virale quantificabile.

Obiettivo finale della campagna, che sarà valutata da uno studio di impatto, è quello di mettere a disposizione della popolazione generale questo messaggio, diminuire lo stigma che si prova nei confronti delle persone con HIV ed invogliare ad effettuare il test per inserirle al percorso di cura, mettendole in condizione di non essere più soggetti che possono potenzialmente infettarne altri.

La sala è stata gremita di persone oltre la capienza, confermando l'interesse per un tema che la popolazione al corrente sperava diventasse di pubblico dominio quanto prima. Presenti anche i promotori scientifici dell'iniziativa e del Ministero della Salute.

Sessioni scientifiche

Presentati molti studi di pratica clinica che, fuori dal mondo dei trial di persone selezionate con caratteristiche che permettono risultati ottimali, hanno fornito studi sulla vita reale. Conferme da Bictarvy, da Dolutegravir + Rilpivirina e da Dol + lamivudina, ma soprattutto dall'uso in switch di Pifeltro, ovvero la doravirina della quale sapevamo poco ora abbiamo anche studi sull'esperienza fatta in Italia. Confermata dunque la validità dell'antiretrovirale che a 48 settimane mostra la diminuzione di LDL versus il braccio con Bictarvy. Ma si parla ancora di non inferiorità, quando si auspica ottenere studi di superiorità di uno schema terapeutico.

L'assenza di valori lipidici in vari studi osservazionali sull'uso degli INSTI, così come possibili variazioni del peso corporeo sono stati oggetto di letture. Ma anche di fronte a questo dato positivo, sottolineiamo che non è sufficiente accontentarsi del peso, ma bisogna mettere l'accento sulla qualità dell'indice di massa corporea che migliora soltanto con l'esercizio fisico.

Coraggio! E' ora che l'Italia produca linee guida di terapia

Riportati su quasi tutti gli schemi terapeutici, oltre l'efficacia, anche gli aspetti degli effetti collaterali e delle patologie in presenza di HIV e della conseguente infiammazione cronica, anche durante la terapia. Ma si lamenta ancora la sottorappresentazione della donna negli studi e la mancanza di accesso delle persone con HIV agli studi clinici su farmaci non antiretrovirali. Una lacuna che presto dovrà essere colmata.

I risultati, anche se non tutti omogenei, ci sono. SIMIT non ha più motivi di evitare la creazione di linee guida italiane, dato che le ultime furono concepite nel 2016 e il panorama di terapia, di salute e di prevenzione sono stati sperimentati in contesti nazionali e internazionali

PREDICTORS AS PREVENTION

L'infiammazione cronica e i processi di traslocazione microbica dovuti all'infezione da HIV e la continua replicazione nei serbatoi anatomici sono stati associati all'immunosenescenza. Ciò si traduce in un aumentato rischio di malignità, infezioni, morbilità e mortalità che ostacolano il normale e sano invecchiamento delle persone con l'HIV (PAWH).

Di seguito, riportiamo alcuni dei fattori predittivi dell'invecchiamento e il loro ruolo nella stabilità della salute. Sono da tenere in conto per una valutazione completa dell'impatto che l'età può produrre per le PAWH (People Aging with HIV) ne su coloro che hanno contratto il virus da molti anni.

LA MENTE

Negli anni, la ricerca applicata alla pratica clinica, ha sviluppato sistemi di valutazione delle funzioni cognitive nel tempo in quanto la salute mentale è elemento centrale per comprendere il deterioramento che può essere predittivo di demenza, Alzheimer e Disturbo associato all'HIV. (HAND).

È stato dimostrato che la neuroinfiammazione cronica contribuisce all'accelerazione dell'invecchiamento neurocognitivo, come evidenziato da maggiori diminuzioni della funzione esecutiva e della cognizione globale. L'infezione da HIV è anche associata a un maggiore danno cerebrovascolare visibile alla risonanza magnetica nel tempo, nonostante l'efficace risposta al trattamento con ART e nessun ulteriore fattore di rischio cerebrovascolare significativo.

Nelle PAWH, modelli anomali di invecchiamento neurocognitivo sono stati trovati in individui sieropositivi con una maggiore prevalenza di sintomi depressivi, anche in molti studi che escludono i partecipanti con forme gravi di disagio psichiatrico.

La depressione è associata allo stato di sieropositività e a fattori legati allo stile di vita, principalmente all'uso di sostanze, e contribuisce a livelli più elevati di stress emotivo, isolamento sociale, solitudine e autostigma correlati all'HIV nelle PAWH. In alcuni casi è stato riportato che tali modelli si collegano all'uso di sostanze.

Fattori di stress come la discriminazione, la povertà, la disoccupazione e l'isolamento sociale sono osservati in modo sproporzionato nella popolazione sieropositiva e sono associati a scarsi risultati di salute, depressione e ansia. Di conseguenza, i disturbi dell'umore, l'uso di sostanze e il declino cognitivo dovrebbero essere valutati con istrumenti e questionari ad hoc elaborati per la diagnostica nella pratica clinica. Anche il test di identificazione dei disturbi da uso di alcol o altri strumenti di screening dovrebbero essere parte delle analisi di routine.

LA MOBILITÀ

Valutare la fragilità e la funzione fisica per identificare gli anziani vulnerabili con HIV è vitale per sviluppare interventi multifattoriali per preservare e ottimizzare la mobilità.

La fragilità è comunemente misurata negli anziani e può essere vista in 2 modi: il modello fenotipico e il modello del deficit cumulativo.

Il modello fenotipico vede la fragilità come una sindrome clinica composta da denutrizione cronica, sarcopenia, diminuzione della forza e tolleranza all'esercizio fisico, mentre il modello del deficit cumulativo vede la fragilità come uno stato di vulnerabilità.

Entrambi si riferiscono al deterioramento legato all'età caratterizzato da una ridotta riserva fisiologica e fragilità ai fattori di stress che possono essere misurati da varie scale di fragilità.

Oltre alle scale della fragilità, la valutazione del rischio di cadute e l'auto-segnalazione di difficoltà con le attività della vita quotidiana e le attività strumentali della vita forniscono informazioni sul grado di disabilità.

L'analisi neurologica di prestazioni fisiche corte è uno strumento di misurazione oggettiva per la funzione degli arti inferiori convalidato per prevedere il livello di disabilità cardiovascolare e di mortalità.

LE MULTICOMPLESSITÀ

Nell'era delle terapie antiretrovirali (ART) con alti tassi di soppressione virale e bassi tassi di tossicità, le malattie non definenti l'AIDS e le comorbidità legate all'età stanno diventando la principale causa di mortalità nella PAWH. Queste comorbidità includono malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, osteopenia/osteoporosi, cancro, deterioramento neurocognitivo, malattie renali ed epatiche a lungo termine.

Sebbene la prevalenza della nefropatia associata all'HIV sia diminuita nell'era dell'ART, i tassi complessivi di malattia renale acuta e malattia renale cronica sono rimasti invariati. Solo l'esposizione a farmaci con potenziale nefrotossico come tenofovir e altre comorbidità come ipertensione e diabete, aumentano il rischio di malattie renali.

Sebbene la prevalenza di tumori maligni che definiscono l'AIDS sia diminuita nel tempo con l'ART, i PLWH hanno un'elevata incidenza di tumori non- correlati all'AIDS, come evidenziato dall'aumento dei tassi di tumori associati al papillomavirus umano come il cancro cervicale nelle donne e il cancro anale negli uomini e nelle donne.

Inoltre, ove vi sono linee guida di terapia recenti, si raccomanda di rimanere aggiornati con gli screening, incluso quello per il cancro del polmone per i pazienti ad alto rischio.

Tra le raccomandazioni vaccinali per la popolazione immunocompromessa vi sono quelle per varicella, pneumococco, meningococco, morbillo, parotite e rosolia se la conta dei CD4 è di 200 cellule/µL.

I FARMACI

Le PLWH fanno un uso maggiore di antibiotici, analgesici, farmaci gastrointestinali, agenti del sistema nervoso centrale e farmaci respiratori rispetto alla popolazione generale. Ma con l'aumento del rischio di patologie, valutare la sicurezza dei farmaci e l'uso appropriato diventa essenziale per ridurre i potenziali rischi associati

alla polifarmacia. I problemi includono interazioni farmaco-farmaco, effetti avversi dei farmaci, aumento del carico di pillole, non aderenza, aumento dei costi dell'assistenza sanitaria e aumento del rischio di sindromi geriatriche, in particolare cadute, fratture e demenza.

CONTA DI PIÙ

Insieme agli effetti dell'età cronologica, altri fattori e priorità personali dei pazienti, come le abitudini di vita, l'uso di sostanze, la salute sessuale e sociale, la sicurezza, la funzione sensoriale (vista e udito), la nutrizione e l'utilizzo dell'assistenza sanitaria, dovrebbero essere incorporati nella cura di PLWH.

Poiché l'HIV colpisce in modo sproporzionato i gruppi economicamente e socialmente svantaggiati, le disparità sanitarie si ampliano con l'età e pongono ulteriori ostacoli alla fase dell'invecchiamento.

La raccolta di dati che dimostra l'aumento del carico di comorbilità in una popolazione di persone che invecchiano con l'HIV continua a crescere.

L'integrazione dei principi geriatrici nella cura di routine dell'HIV è un processo altamente multidisciplinare e ad alta intensità di risorse, ma è essenziale per ottimizzare i risultati sanitari e la qualità della vita per la popolazione anziana con HIV.

Rifferimenti:

1. Escota GV, O'Halloran JA, Powderly WG, Presti RM. Understanding mechanisms to promote successful aging in persons living with HIV. Int J Infect Dis. 2018;66:56-64. doi:10.1016/j.ijid.2017.11.010
2. Erlandson KM, Karris MY. HIV and aging: reconsidering the approach to management of comorbidities. Infect Dis Clin North Am. 2019;33(3):769-786. doi:10.1016/j.idc.2019.04.005
3. Teeraananchai S, Kerr SJ, Amin J, Ruxrungtham K, Law MG. Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. HIV Med. 2017;18(4):256-266. doi:10.1111/hiv.12421
4. Martínez-Sanz J, Serrano-Villar S, Vivancos MJ, Rubio R, Moreno S; HIV-associated comorbidities Study Group. Management of comorbidities in treated HIV infection: a long way to go. Int J Antimicrob Agents. 2022;59(1):106493. doi:10.1016/j.ijantimicag.2021.106493
5. HIV by age: HIV incidence. Centers for Disease Control and Prevention. Updated April 7, 2022. Accessed August 14, 2022. https:// www.cdc.gov/hiv/group/age/incidence.html
6. Guaraldi G, Palella FJ Jr. Clinical implications of aging with HIV infection: perspectives and the future medical care agenda. AIDS. 2017;31(suppl 2):S129-S135. doi:10.1097/QAD.0000000000001478
7. Aung HL, Aghvinian M, Gouse H, et al. Is there any evidence of premature, accentuated and accelerated aging effects on neurocognition in people living with HIV? a systematic review. AIDS Behav. 2021;25(3):917-960. doi:10.1007/s10461-020-03053-3
8. Haynes BI, Pitkanen M, Kulasegaram R, et al. HIV: ageing, cognition and neuroimaging at 4-year follow-up. HIV Med. 2018;19(6):376-385. doi:10.1111/hiv.12598
9. Langebeek N, Kooij KW, Wit FW, et al; AGEhIV Cohort Study Group. Impact of comorbidity and ageing on health-related quality of life in HIV-positive and HIV-negative individuals. AIDS. 2017;31(10):1471-1481. doi:10.1097/QAD.0000000000001511
10. Brothers TD, Kirkland S, Guaraldi G, et al. Frailty in people aging with human immunodeficiency virus (HIV) infection. J Infect Dis. 2014;210(8):1170-1179. doi:10.1093/infdis/jiu258
11. Piggott DA, Erlandson KM, Yarasheski KE. Frailty in HIV: epidemiology, biology, measurement, interventions, and research needs. Curr HIV/AIDS Rep. 2016;13(6):340-348. doi:10.1007/s11904-016-0334-8
12. Greene M, Justice AC, Covinsky KE. Assessment of geriatric syndromes and physical function in people living with HIV. Virulence. 2017;8(5):586-598. doi:10.1080/21505594.2016.1245269
13. Proulx J, Ghaly M, Park IW, Borgmann K. HIV-1-mediated acceleration of oncovirus-related non-AIDS-defining cancers. Biomedicines. 2022;10(4):768. doi:10.3390/biomedicines10040768
14. Campos P, Ortiz A, Soto K. HIV and kidney diseases: 35 years of history and consequences. Clin Kidney J. 2016;9(6):772-781. doi:10.1093/ckj/sfw104
15. Okeke NL, Chin T, Clement M, Chow SC, Hicks CB. Coronary artery disease risk reduction in HIV-infected persons: a comparative analysis. AIDS Care. 2016;28(4):475-482. doi:10.1080/09540121.2015.1099602
16. Pyarali F, Iordanov R, Ebner B, et al. Cardiovascular disease and prevention among people living with HIV in South Florida. Medicine (Baltimore). 2021;100(28):e26631. doi:10.1097/MD.0000000000026631
17. Seth A, Sherman KE. Fatty liver disease in persons with HIV infection. Top Antivir Med. 2019;27(2):75-82.
18. Gimeno-Gracia M, Crusells-Canales MJ, Armesto-Gómez FJ, Compaired-Turlán V, Rabanaque-Hernández MJ. Polypharmacy in ation. Clin Interv Aging. 2016;11:1149-1157.""doi:10.2147/CIA.S108072
19. Kong AM, Pozen A, Anastos K, Kelvin, Nash D. Non-HIV comorbid conditions and polypharmacy among people living with HIV Individuals age 65 or older in the United States: a retrospective claims-based analysis. AIDS
20. 2019;33(3):93-103. doi:10.1089/apc.2018.0190"

Oggi, gli anziani che convivono con l'HIV costituiscono quasi la metà della popolazione HIV, e questa percentuale è in crescita. Per questo motivo, un'attenzione ai principi della medicina geriatrica è essenziale. In modo più specifico, la Medicina Geriatrica-HIV, intesa come una collaborazione tra specialisti in HIV e geriatri, è una disciplina relativamente recente che ha l'obiettivo di garantire un approccio a 360 gradi e, allo stesso tempo, specifico, rivolto appunto ai pazienti HIV anziani, che in questo modo possono beneficiare di un continuum di cura. Il ruolo del geriatra aggiunge valore alla cura delle persone anziane che vivono con l'HIV attraverso l'offerta di una valutazione geriatrica completa.

Dal **18 al 19 maggio 2023**, **si è tenuta a Bologna la seconda Geriatric HIV Conference**. 6 sessioni e 2 tavole rotonde, ove sono stati sviluppati alla presenza di vari operatori delle Organizzazioni no-profit HIV, i temi della valutazione delle scale di fragilità e performance fisica, i vaccini per le persone anziane con HIV. Si è discusso di come meglio integrare la medicina geriatrica al modello di cura attualmente presente per l'HIV e si è parlato anche di ageism come uno degli ultimi pilastri da abbattere per eliminare lo stigma da HIV.

Questa Conferenza ha evidenziato come l'età, intesa anagraficamente e come il numero di anni trascorsi dalla diagnosi, non mitighi affatto l'esperienza dello stigma. La solitudine e la depressione rimangono molto diffuse tra le persone che vivono con l'HIV. Inoltre, queste persone quando invecchiano hanno tassi più elevati di declino cognitivo, comorbidità, multi-morbilità, sindromi geriatriche (correlate all'invecchiamento) e polifarmacia rispetto alle loro controparti senza l'HIV. Sembrano esserci differenze di genere nell'impatto dell'HIV. A parità di età, le donne anziane con HIV hanno una funzione fisica, un carico di comorbidità e una capacità cognitiva minori rispetto agli uomini.

Emerge dalla Conferenza un messaggio inconfutabile: un approccio geriatrico è necessario per la cura delle persone che invecchiano con l'HIV; la valutazione geriatrica può individuare problemi che non vengono identificati durante le visite regolari in clinica.

Le persone anziane che vivono con l'HIV, nonostante nella maggior parte dei casi abbiano raggiunto la soppressione virale, hanno comunque una vasta gamma di problemi di salute che potrebbero non essere evidenziati a meno che i medici infettivologi non si affidino alla valutazione geriatrica.

La valutazione geriatrica può essere eseguita con strumenti semplici e può offrire opportunità sia per lo screening che per la cura vera e propria. In sintesi, questi sono alcuni punti che emergono chiaramente dalla Conferenza.

FRAILTY

Due sessioni, si sono occupate direttamente della frailty o fragilità della persona anziana che vive con l'HIV. La definizione di fragilità si ritrova nella valutazione della diminuzione delle riserve alla resistenza, cioè in questo caso si parla di aumentata vulnerabilità. Esiste in tutti gli anziani, una fragilità fenotipica, cioè la debolezza muscolare, la ridotta velocità del cammino, la sensazione di affaticabilità e la perdita di peso.

Durante le due giornate di lavori, si è parlato molto di sarcopenia e osteosarcopenia come una sindrome muscoloscheletrica prevalente che conferisce un aumentato rischio di cadute, fratture e ricoveri. Al momento, l'esercizio di resistenza, così come l'assunzione di proteine, vitamina D, calcio e creatina nella dieta sono le uniche strategie per mitigare l'osteosarcopenia. Tuttavia, gli individui che soffrono di malattie croniche sono spesso resistenti all'esercizio e agli interventi dietetici. In questi casi sono necessari trattamenti farmaceutici con duplice effetto sul muscolo e sull'osso.

I composti attuali (ad es. Denosumab) e futuri (ad es. Anticorpi anti-miostatina, rapamicina, inibitori della sintesi degli acidi grassi) hanno mostrato effetti doppi promettenti su muscoli e ossa. Sono comunque necessari ulteriori studi clinici. Infine, è necessario sviluppare robusti biomarcatori per l'osteosarcopenia con la capacità di diagnosticare questa sindrome, prevedere esiti avversi e monitorare la risposta al trattamento.

POLIFARMACIA

La polifarmacia è comunemente definita come la somministrazione concomitante di ≥ 5 farmaci, un limite che è stato associato a un aumentato rischio di esiti avversi per la salute. Nella medicina dell'HIV, il termine poli farmacia si riferisce più spesso a farmaci non HIV specifici somministrati in aggiunta a farmaci antiretrovirali.

È stato dimostrato che la poli farmacia è comune nelle persone di età ≥ 50 che vivono con l'HIV. Questo dato può essere spiegato dall'insorgenza naturale di malattie croniche legate all'età, indipendentemente dall'infezione da HIV.

L'elevata prevalenza di problemi di prescrizione negli anziani con HIV evidenzia la necessità di un'attenzione continua ai principi di prescrizione e alla gestione ottimale dei singoli pazienti.

La consapevolezza della possibilità di esiti avversi per la salute associati alla poli farmacia e alla prescrizione inappropriata dovrebbe garantire interventi per prevenire i danni, tra cui la revisione dei farmaci e l'assegnazione delle priorità ai farmaci in base ai rischi/benefici per ciascun paziente.

VACCINI

L'invecchiamento e l'infezione da HIV possono essere entrambi considerati stati di deficienza immunitaria, ma l'effetto dell'invecchiamento nella persona che vive con l'HIV presenta ancora delle domande a cui non è facile offrire risposte conclusive. Ad esempio, la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata in età avanzata e in caso di infezione da HIV ma la protezione clinica non è garantita. Si pensi che quasi ogni anno unopiù dei tre ceppi nei vaccini contro l'influenza stagionale devono essere cambiati a causa della deriva antigenica, con un effetto sconosciuto sulla protezione clinica. In pratica, la soglia per i titoli anticorpali richiesti per la protezione clinica non è nota.

Nonostante le incertezze sulla soglia di siero protezione, la vaccinazione stagionale ha protetto le popolazioni vulnerabili e salvato vite umane. Lo stesso dicasi per il vaccino anti Covid-19.

GEROSCIENZA

Molte persone anziane perdono la loro mobilità e indipendenza a causa di più malattie che si verificano contemporaneamente..La Geroscienza ha lo scopo di sviluppare approcci innovativi per identificare meglio le relazioni tra i processi biologici dell'invecchiamento.

Come precedentemente evidenziato, l'osteoporosi e la sarcopenia sono due delle malattie croniche più diffuse nelle persone anziane, con entrambe le condizioni che condividono fattori di rischio e patogenesi sovrapposti. Quando si verificano insieme, queste malattie formano una sindrome geriatrica che aumenta il rischio di fragilità, ricoveri e morte. I risultati delle scienze di base e cliniche che mirano a comprendere l'osteosarcopenia hanno fornito prove di questa sindrome come un caso di geroscienza.

Gli stimoli genetici, endocrini e meccanici, oltre al sedentarismo e alle carenze nutrizionali, influenzano l'omeostasi muscolare e ossea per caratterizzare questa sindrome. Tuttavia, la ricerca è agli inizi per quanto riguarda marcatori diagnostici accurati e trattamenti efficaci con un duplice effetto su muscoli e ossa.

Ad oggi, l'esercizio di resistenza rimane la strategia più promettente per aumentare la massa muscolare e ossea, mentre quantità sufficienti di proteine, vitamina D, calcio e creatina possono rallentare in parte l'invecchiamento.

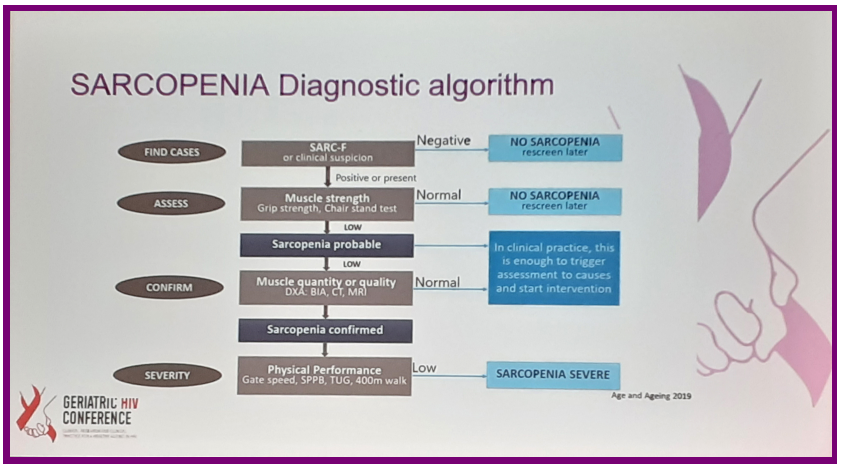
SARCOPENIA E INVECCHIAMENTO

La sarcopenia è una malattia degenerativa che però è reversibile almeno in parte.

È importante impostare esercizi di resistenza progressiva, abbiamo appreso durante la Conferenza. Il muscolo si attacca allo scheletro umano, consentendo la locomozione, ed è una fonte primaria di stimoli meccanici, che genera lo sforzo necessario per mantenere la salute delle ossa.

L'attività fisica aumenta il volume muscolare e osseo, mentre il disuso induce l'atrofia di entrambi i tessuti. A causa di questa natura biomeccanica,

l'inattività fisica, insieme all'avanzare dell'età, è un fattore di rischio primario per l'osteoporosi e la sarcopenia, e quindi di osteosarcopenia. Studi scientifici in questo ambito si sono concentrati sulle interazioni tra fattori genetici, metabolici ed endocrini nei muscoli e nelle ossa nella speranza di identificare fattori di rischio sovrapposti per l'osteosarcopenia.



Diversi relatori hanno evidenziato non solo l'importanza dell'attività fisica ma hanno sottolineato il valore dell'educazione e il counselling nutrizionale e sollecitato a pensare ad un paradigma dietetico e non a singoli ingredienti in funzione di una dieta che abbracci tutte le esigenze delle persone anziane.

In conclusione, questa Conferenza ha ribadito come l'assistenza clinica per gli anziani con HIV sia complicata dalla presenza di multi morbilità in età più giovane rispetto ai coetanei non HIV + a causa di cambiamenti del sistema immunitario e infiammazioni spesso croniche, nonché della poli terapia derivante dal trattamento per queste condizioni.

In sintesi, come è evidenziato sia in letteratura che nella pratica, le persone anziane con HIV sperimentano più problemi di salute mentale rispetto ai coetanei HIV-negativi.

Date queste sfide, le risorse di assistenza sociale per gli anziani che vivono con l'HIV rimangono inadeguate a causa del pervasivo isolamento sociale, del supporto sociale insufficiente e di un sistema di erogazione dei servizi impreparato a soddisfare le loro esigenze. Pertanto, la comprensione delle questioni dell'equità sanitaria, dell'equità sociale e dell'inclusione legate all'HIV e all'invecchiamento è fondamentale per lo sviluppo di programmi e politiche efficaci che pongono al centro la persona anziana che vive con l'HIV. Questa Conferenza è sicuramente un passo giusto in questa direzione.

La gestione dell'HIV, che di per sé esige un approccio multidisciplinare diventa più complessa con l'avanzare dell'età e ripropone l'alleanza tra malattie infettive, clinica metabolica e Geriatria. Il tema sarà approfondito durante le prossime Giornate di Nadir.

DELTA
rivista di informazione sull'HIV
n. 96 ESTATE 2023

Direttore responsabile
Filippo von Schlösser
Redazione
David Osorio
Filippo von Schlösser

COMITATO SCIENTIFICO
Dr. Ovidio Brignoli, Dr. Claudio Cricelli,Dr. Ovidio Brignoli, Dr. Claudio Cricelli, Sean Hosein (C), Francois Houyez,(F), Martin Markovitz (USA), Stefano Vella, Cristina Mussini, Fabrizio Starace.

GRAFICA
GL DESIGN

SUPERVISIONE TESTI E GRAFICA
David Osorio

STAMPA
Toara S.r.l. - Roma

EDITORE
Associazione Nadir ETS
Via Panama, 88 - 00198 Roma
C.F.:96361480583
P.Iva: 078531002

Le fotografie non sono soggette a royalties oppure sono pagate quando dovuto. La rivista Delta rientra tra le attività istituzionali di Nadir ETS.

Le opinioni espresse sono di esclusiva responsabilità degli autori e sono soggette all'approvazione del comitato scientifico.

È possibile abbonarsi gratuitamente a Delta tramite:
www.nadironlus.org
oppure scrivendo a:
redazione@nadironlus.org

L'indirizzo è valido anche per altre richieste/segnalazioni di farmacovigilanza.

Iniziativa resa possibile grazie al supporto non condizionato di Gilead Sciences

GILEAD

PROFILASSI PRE-ESPOSIZIONE PrEP

RIMBORSABILITÀ LIMITATA

Come noto ormai, la rimborsabilità della PrEP è stata approvata di recente, ad anni di distanza rispetto altri paesi europei e con alcune condizioni che hanno provocato una certa perplessità.

LA DISTRIBUZIONE OSPEDALIERA

Il decreto definisce che solo le farmacie ospedaliere possono consegnare il farmaco con la ricetta del medico di malattie infettive o delle strutture check point, già sancite da un precedente Decreto Ministeriale. Costringere la persona sieronegativa, che intanto l'AIFA definisce come "paziente" per il solo motivo di essersi sottoposta al test dell'HIV, costituisce di per sé un grosso ostacolo nella promozione della PrEP.

Alla fine, la persona deve tornare sulla vecchiaia strada che porta all'ospedale, alla farmacia "File F", per sbrigare faccende di salute che non hanno bisogno della sua presenza, sapendo che anche se è sano e l'obiettivo è quello di continuare ad esserlo, diventa un "paziente" di fronte alle istituzioni. Possibile che nessuno abbia pensato all'impatto che può avere per una persona sieronegativa? Possibile che nessuno abbia pensato alle misure preventive imposte dalla pandemia che limitavano la presenza in ospedale e che sarebbero rimaste vigenti anche dopo l'emergenza?

LE CONDIZIONI

Le condizioni per usufruire della rimborsabilità della PrEP sono talmente inquisitorie che rischiano la rinuncia a priori da parte del cittadino dal tentativo di accederne. Necessaria una dichiarazione esauriente della propria intimità che va oltre la verifica dello stato sierologico, mentre in altri paesi europei le condizioni sono più flessibili e con conseguenze meno favorevoli alla stigmatizzazione di quelli che riescono ad avere il farmaco gratuitamente.

Leggendo i criteri pubblicati nella GU, appare evidente che le persone che vogliono vivere il proprio stile di vita con riservatezza, dovranno occultare che ricevono la PrEP gratuitamente. Si nasconde la sieropositività, toccherà anche nascondere l'uso di PrEP?

La misura è stata pensata soltanto "per le persone con comportamenti sessuali ad alto rischio" Saranno in molti gli appartenenti a questo profilo, si spera, a chiedere la rimborsabilità della PrEP.

Ma non hanno diritto a chiedere la rimborsabilità le persone sieronegative che semplicemente desiderano vivere la propria sessualità con spontaneità, senza ricorrere all'uso del preservativo. Il problema nasce dall'enfasi che la determina dell'AIFA riserva alla necessità di avere uno stile di vita ad alto rischio per beneficiare della rimborsabilità e nella esclusione della popolazione sieronegativa che non è ad alto rischio, anche se si sa che per tanti altri motivi - leggerezza, disinformazione o per accidente- basta una sola volta perché avvenga il contagio.

In diverse occasioni la pandemia Covid – 19 è stata paragonata a quella dell'HIV quando l'abbinamento rende più rispettabile o demagogico il discorso. L'OMS regolarmente si pronuncia sull'importanza di curare tutti come unico modo di eliminare qualsiasi epidemia. Il vaccino per il Covid – 19 è stato offerto a tutti seguendo il principio sul quale si basa la difesa della Salute Globale. UNAIDS di recente ha fissato come obiettivo la fine dell'AIDS entro il 2030.

Il vaccino per contenere lo spargimento dell'HIV ancora non c'è, ma c'è la PrEP, riconosciuta come strumento di prevenzione efficace se usato con i criteri corretti di "equal access". Ciononostante, al momento di renderlo disponibile gratuitamente a tutta la popolazione sieronegativa, senza limitazioni che riguardano lo stile di vita, emergono restrizioni, condizioni inflessibili ed escludenti, valutazioni economiche focalizzate sul peso immediato che avrebbe sulla spesa sanitaria, ignorando -ma non per ignoranza, ovviamente- il peso economico che avrà il percorso di cura della persona che diventa sieropositiva.

Inutile a questo punto fare mezione al prezzo "umano", alla sofferenza del singolo, alle conseguenze sulla salute globale e alla ormai evidente incapacità del SSN italiano di adattarsi agli obiettivi delle agenzie internazionali, che l'Italia ha firmato e ratificato in Parlamento.

ALL'ITALIANA

"La persona candidata alla PrEP deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti", leggiamo nel documento. La parola "tutte" causa perplessit¨ , ma rimaniamo pi½ perplessi ancora di fronte alla leggerezza con cui l'errore, ipotizzando che lo sia, ¯ stato accettato. Nessuno si ¯ mostrato preoccupato per la svista dell'autore di determine, passata inosservata a chi rilegge, a chi firma, forse a chi prescriver¨ .

Nemmeno un errata corrige. E forse in futuro la leggerezza di scrivere il contrario di ci¸ che ¯, cos³ come quella di accettare che una normativa possa dipendere dall'interpretazione dello specialista che sa che "tutte" non vuol dire tutte ma solo una (o forse due?), sar¨ sicuramente fonte di confusione e malintesi a seconda dell'interpretazione di altri colleghi meno informati.

OGGI

La sensazione è che ben poco sia cambiato. Questo è lo scenario dopo anni di contrasto allo strumento di prevenzione di cui altri usufruiscono senza tanti filtri, ricavandone risultati importanti. Presto i risultati di questionari sull'aumento di persone che ne hanno accesso, forniranno risposte alla nuova normativa.

Parafrasando l'opera di F. Scott Fitzgerald**, The price was high** (Il prezzo era alto). Non quello della PrEP, ma di quello che il cittadino affronta per usufruirne. Il prezzo è alto per chi ha capito che la Prevenzione è il modo più efficace di agire riguardo la propria salute, Viceversa, chi ha l'accesso gratuito, paga il prezzo di dover rendere pubblico il proprio stile di vita.

18-5-2023 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA *Serie generale* - n. **115**

...omissis

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

La persona candidata alla PrEP deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- età >18 anni
- negatività al test HIV Ab/Ag (test di 4° generazione o superiore)
- comportamento sessuale ad alto rischio di acquisizione di HIV per via sessuale, definito come aver avuto, negli ultimi 3 mesi:
  - Almeno un rapporto sessuale senza l'uso del preservativo con partner occasionale HIV-positivo o di siero-stato HIV ignoto (storia di uso inconsistente o non uso del profilattico);
  - Trattamento di una malattia sessualmente trasmissibile (MST);
  - Precedente utilizzo di profilassi post-esposizione (PEP);
  - Uso di droghe (cocaina, metamfetamina, GHB, MDMA, mefedrone, ketamina) durante i rapporti sessuali (*chemsex*).

La persona candidata alla PrEP non deve presentare nessuno dei seguenti criteri di esclusione:

- Persone che presentino sintomi o segni compatibili con un'infezione acuta da HIV;
- Persone con esposizione recente (<1 mese) ad HIV;
- Persone con un filtrato glomerulare (GFR) stimato come <50 mL/min;
- Contemporanea assunzione di farmaci nefrotossici;
- Infezione cronica da HBV (se la PrEP è utilizzata "on demand");
- Persone con un quadro clinico suggestivo di acidosi lattica o di marcata epatotossicità;
- Dimostrata allergia a tenofovir disoproxil fumarato (TDF) e/o emtricitabina;
- Presenza di condizioni che possano compromettere un'adeguata aderenza alla PrEP;
- Mancata volontà/capacità di aderire alle procedure e ai controlli richiesti.

Fonte:
SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DELL'ASSOCIAZIONE EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN NELLA PROFILASSI PRE-ESPOSIZIONE (PrEP), Gazzetta Ufficiale Italiana, Serie Generale 115, 18 - 5 - 20236

LGBTQ
ALTO INDICE DI SUICIDI

Con la legislazione messa in atto dall'Uganda nei mesi scorsi, i nostri canali di informazione sono stati intasati da centinaia di articoli scritti in tutto il mondo per manifestare l'orrore e tentare di arrestare genocidio e tortura messi in atto contro la popolazione LGBTQ dell'Uganda. Ma ci siamo chiesti anche quante persone in Uganda si siano sottoposte volontariamente a lockdown per non rischiare arresto, tortura, evirazione e violenza.

Riflettiamo su quante persone rimarranno traumatizzate per il resto della vita e il filo logico ci conduce a capire che la situazione purtroppo, trascende l'Uganda e coinvolge il resto del mondo.

Le ricerche che abbiamo individuato riportano che i tassi di suicidio e e l'ideazione suicidaria tra lesbiche, gay, bisessuali, transgender (LGTBQ) sono significativamente più alti rispetto alla popolazione generale.

LE CAUSE

Gli studi sul tema sono molti e dimostrano come le cause dell'aumento di pensieri suicidari, soprattutto tra i giovani MSM dipendano dai fattori ambientali . In Italia, vari studi riportano che la maggior parte degli ingressi in pronto soccorso di adolescenti sono dovuti a depressione e tentativi di suicidio, ansia a causa di problemi di relazione, accettazionesociale o della propria omosessualità, vittima di omofobia, discriminazione istituzionale. L'isolamento durante la pandemia ha peggiorato la situazione (**The Lancet, vol. 399, 5 febb. 2022**).

DISCRIMINAZIONE

Anche negli Stati Uniti, uno studio ha dimostrato che l'approvazione di leggi che discriminano le persone LGBT può avere un impatto negativo significativo sulla salute fisica e mentale e sul benessere dei giovani LGBT; ad esempio, la depressione e l'uso di droghe tra le persone LGBT aumenta significativamente dopo l'approvazione di recenti leggi discriminatorie inalcuni stati.

Al contrario, l'approvazione di leggi che riconoscono le persone LGBTQ uguali per quanto riguarda i diritti civili, come le leggi che sostengono il matrimonio tra persone dello stesso sesso, può avere significativi impatti sulla salute fisica e mentale e sul benessere dei giovani LGBTQ.

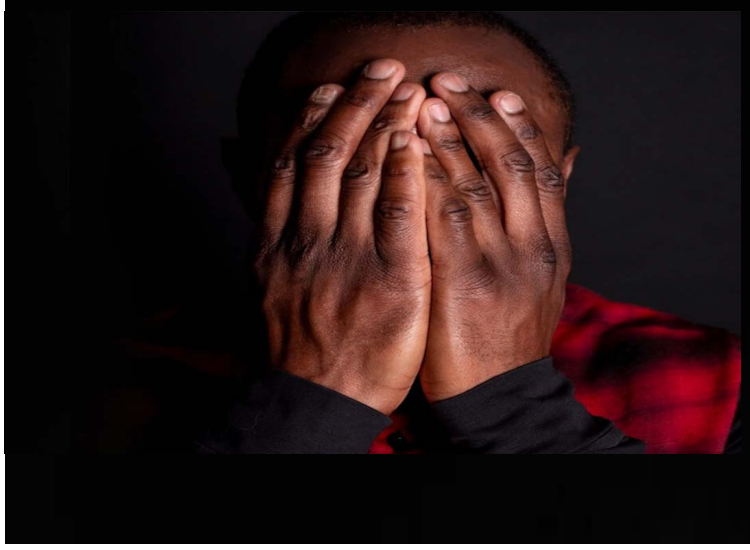
Uno studio sviluppato nello Utah osserva che la maggior parte degli investigatori non raccoglie dati sulla sessualità o sull'identità di genere nei casi di suicidio. Di conseguenza nessuno sa quante persone gay e transgender si tolgono la vita ogni anno negli Stati Uniti. Il vuoto informativo rende difficile adattare gli sforzi di prevenzione del suicidio per cercare di andare incontro alle esigenze delle persone più a rischio e misurare quanto funzionino i programmi, elaborati in tal senso.

L'assenza di dati è particolarmente inopportuna in questi anni, hanno detto i ricercatori, in quanto le ipotesi sui tassi di suicidio tra i gruppi LGBT sono spesso portate in dibattiti politici e televisivi.

Alcuni sostenitori LGBT hanno avvertito che i divieti all'assistenza di genere per i minori transgender porteranno a più suicidi, ad esempio. Nel dibattito parlamentare negli USA, viceversa, alcuni legislatori repubblicani hanno affermato che le morti per suicidio sono rare.

Lo Utah che, come molti stati del "midwest", ha un alto tasso di mortalità per suicidio, è stato in prima linea negli sforzi per raccogliere i dati dal 2017 ed investigare le motivazioni suicidarie, quando la legislazione statale ha approvato una legge che impone indagini dettagliate sui suicidi e si pensa riuscirà ad essere pilota nell'interpretazione sui dati di identità di genere e sulla sessualità.

Il presidente ugandese firma la legge anti-gay che include la pena di morte come punizione



ANNALISA PERZIANO
DAVID OSORIO

RIFIUTO FAMILIARE

La **San Francisco State University** ha condotto il primo studio sull'effetto dell'accettazione e del rifiuto della famiglia sulla salute, la salute mentale e il benessere dei giovani LGBT, tra cui suicidio, HIV/AIDS e senzatetto.

La ricerca mostra che i giovani LGBT "che sperimentano alti livelli di rifiuto da parte delle loro famiglie durante l'adolescenza (rispetto a quelli che hanno sperimentato poco o nessun rifiuto da parte di genitori e educatori) avevano più di otto volte la probabilità di un tentativo di suicidio, più di sei volte probabilità di riportare alti livelli di depressione, più di tre volte di usare droghe illegali e più di tre volte probabilità di essere ad alto rischio di contrarre l'HIV o altre malattie sessualmente trasmissibili" quando raggiungono i 20 anni.
Tra i giovani nativi americani, il 31% di LGBTQ ha tentato il suicidio, e tra i giovani latinoamericani, il 18% degli intervistati ha ammesso di aver tentato il suicidio nell'ultimo anno. Kennedy et al. (2021).

DISPARITÀ DELL'IDENTITÀ QUALI SESSO, ETÀ E ETNIA

Il rischio di suicidio tra gli adulti lesbiche, gay e bisessuali varia considerevolmente a seconda dell'intersecazione tra identità di genere e altri aspetti quali sessualità, età ed etnia, secondo uno studio condotto da ricercatori del **National Institute of Mental Health**, parte del **National Institute of Health**.

Lo studio che ha esaminato i dati di un sondaggio rappresentativo a livello nazionale sugli adulti negli Stati Uniti, ha anche mostrato chegliadulti lesbiche, gay e bisessuali hanno complessivamente maggiori probabilità di incorrere in pensieri, piani e tentativi di suicidio nei precedenti 12 mesi rispetto agli adulti eterosessuali.

Lo studio riporta dati su un totale di 191.954 partecipanti, 14.693 dei quali identificati come lesbiche, gay o bisessuali.

I risultati, pubblicati sull'**American Journal of Preventive Medicine**, indicano che l'intersecazione di varie identità sociali può aggravare il rischio di suicidio per un numero elevato di lesbiche, gay e bisessuali.

"Questo studio pone le basi per il lavoro futuro che indaga l'impatto delle disuguaglianze sociali sul rischio di suicidio tra le persone con identità sociali multiple", ha detto il ricercatore del NIMH.

COVID-19

Il suicidio è una delle principali cause di morte tra i giovani negli Stati Uniti. I tassi sono aumentati prima dell'inizio della pandemia, quindi è fondamentale capire in che modo l'emergenza sanitaria abbia influito su questo aspetto della salute mentale.

In un recente studio sostenuto dal **National Institute of Mental Health,** i ricercatori hanno esaminato le tendenze e le caratteristiche nazionali del suicidio giovanile negli Stati Uniti prima e durante la pandemia di COVID-19.

I ricercatori hanno identificato 5.568 giovani morti per suicidio durante i primi 10 mesi della pandemia. Il tasso era superiore al numero previsto di morti se la pandemia non si fosse verificata e quelli di suicidio più alti del previsto sono stati riscontrati a pochi mesi dall'inizio, in particolare a partire da luglio 2020.

Questo studio mostra che la pandemia ha avuto un impatto sui tassi di suicidio giovanile, ma non è stato uguale per tutti e si è visto collegato in base ai fattori di genere, età e etnia. Pertanto, gli autori suggeriscono che potrebbe essere utile implementare ampiamente gli sforzi di prevenzione del suicidio in contesti che sono vicini ai giovani, adattando al contempo tali sforzi per affrontare le disparità affrontate dai tre gruppi specifici. Inoltre, data la durata prolungata della pandemia e il suo impatto in corso sui giovani negli Stati Uniti, farà parte dei programmi **NIMH** monitorare le tendenze a lungo termine sui tassi di suicidio associati a COVID-19 e identificare i fattori che determinano l'aumento del rischio tra alcune persone.

Riferimenti

Azeen Ghorayshi (https://www.nytimes.com/2023/06/01/health/lgbtq-suicide-data.html) https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2023/youth-suicide-rates-increased-during-the-covid-19-pandemic? www.nimh.nih.gov/news/science-news/2023/youth-suicide-rates-increased-during-the-covid-19-pandemic?

Suicide among LGBT youth -cite note-2https://thehill.com/homenews/senate/4039419-baldwin-lgbtq-mental-health-data/20.20

Ramchand, R., Schuler, M. S., Schoenbaum, M., Colpe, L., & Ayer, L. (2021). Suicidalità tra gli adulti appartenenti a minoranze sessuali: differenze di genere, età e razza /etnia. Giornale americano di medicina preventiva. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379721004438

Bridge, J. A., Ruch, D. A., Sheftall, A. H., Hahm, H. C., O'Keefe, V. M., Fontanella, C. A., Brock, G., Campo, J. V., & Horowitz, L. M. (2023). Suicidio giovanile durante il primo anno della pandemia di COVID-19. Pediatria, 151(3), articolo e2022058375. https://doi.org/10.1542/peds.2022-058375

...I DATI IN ITALIA

Da una rapida ricerca su siti e letteratura scientifica emergono dati su suicidio e giovani, popolazione carceraria, correlazione col genere maschile, ma è lampante l'assenza di dati circa suicidio e comunità LGBTQ. Recentemente sono stati accesi i riflettori sulla salute mentale delle persone LGBTQ, ma senza spingersi fino al suicidio.

In Italia si registrano ogni anno circa 4000 morti per suicidio. Poiché il suicidio è un evento estremamente raro nell'infanzia, i tassi vengono calcolati prendendo come riferimento la popolazione di 15 anni e più. Secondo i dati ISTAT della "Indagine sulle cause di morte", nel 2016 (ultimo anno per il quale i dati sono attualmente disponibili) nel nostro Paese si sono tolte la vita 3780 persone. I tassi di mortalità per suicidio sono più elevati tra gli anziani, ma è tra i giovani che il suicidio è, analogamente a quanto si registra a livello mondiale, una delle prime cause di morte con una grande differenza nei livelli di mortalità tra ragazzi e ragazze [5].

Rischio suicidiario e pandemia di COVID-19

Misure di quarantena collettiva sono state descritte in passato come associate ad un aumento della rischiosità suicidaria.. Il pericolo che l'attuale crisi sanitaria, con le associate conseguenze economiche e sociali, possa causare anche un aumento dei suicidi è uno scenario molto probabile ma forse non ineluttabile [6, 10, 11].

La situazione che il mondo sta attraversando è in qualche modo senza precedenti e sono sconosciuti gli effetti a lungo termine del "distanziamento sociale", del confinamento in casa, della convivenza con una familiare affetto da COVID-19, nonché delle limitazioni all'accesso ai servizi sanitari e di prevenzione e cura (di routine o di emergenza). I ceti sociali più svantaggiati, in particolare, vedono messi a rischio anche il soddisfacimento dei loro bisogni primari, a causa della la perdita del lavoro o della riduzione del reddito dovuto al fermo delle attività produttive.

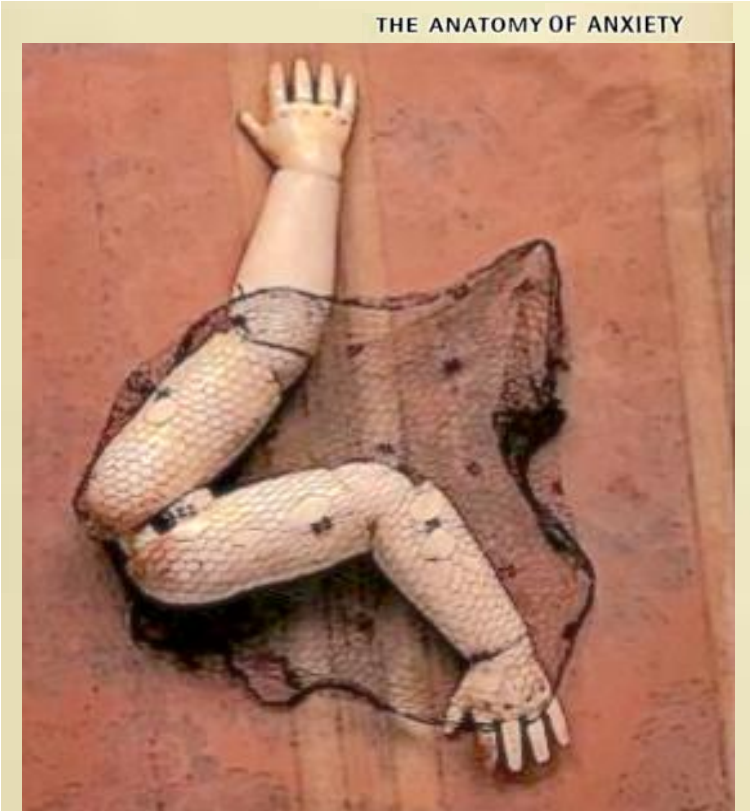
Tutto questo, unito alla paura di essere positivi al COVID-19, di ammalarsi e/o di far ammalare i propri cari, ha generato un forte stato d'ansia e preoccupazione per il futuro che si ripercuoterà, inevitabilmente, sulla salute mentale della popolazione e rischia di impattare anche sul rischio di suicidio andando ad aggiungersi e interagendo con i fattori di rischio preesistenti [12, 13].

Cosa si può fare?

Il filo che lega tutti i fattori di rischio per il suicidio è l'incertezza e la perdita di speranza per il futuro; ma il suicidio si può prevenire se si riesce a intervenire sulla sofferenza psicologica e a ridare speranza ai soggetti in crisi.

Il suicidio si conferma come la risultante di molti fattori (genetici, biologici, individuali e ambientali) e, come indicato anche dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio, pertanto le politiche di prevenzione del suicidio non possono essere confinate al solo ambito sanitario ma devono tener conto anche dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto.

Inoltre, devono essere considerati anche gli effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il suicida era in relazione; i *survivor*, cioè, coloro che sono stati colpiti da un lutto in seguito ad un suicidio, presentano più frequentemente senso di



colpa, e sentimenti di rifiuto e abbandono rispetto a chi ha perso qualcuno per cause naturali.

Valutare i fattori di rischio per target

Nonostante la prevenzione del suicidio sia stata individuata come obiettivo prioritario dai maggiori organismi internazionali, solo pochi Paesi nel mondo hanno sviluppato una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio e l'Italia non è ancora tra questi.

Politiche di prevenzione efficaci devono prevedere un approccio di tipo multisettoriale che tenga conto dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto. Inoltre, una strategia nazionale di prevenzione risulterà essere più efficace se implementata sulla base dell'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale con interventi mirati anche a livello di comunità.

L'**ISS** è da anni impegnato nello studio dell'epidemiologia e dei fattori di rischio del fenomeno suicidario in collaborazione con il **Ministero della Salute, l'Istat, il NESMOS (U.O.C. di Psichiatria, Centro per lo Studio e per la Prevenzione dei Disturbi dell'Umore e del Suicidio**) e altri gruppi di ricerca internazionali con l'obiettivo di fornire ai decisori politici informazioni di qualità per l'implementazione di politiche di prevenzione.

Riferimenti

1. WHO. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Vichi M, Ghirini S, Pompili M, Erbuto D, Siliquini R. Suicidi. In Rapporto Osservasalute 2018: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex S.p.a, 2019.
3. Vichi M, Vitiello B, Ghirini S, Pompili M. Does population density moderate suicide risk? An Italian population study over the last 30 years. European Psychiatry, Volume 63, Issue 1. DOI:https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.69
4. De Leo D, Vichi M, Kolves K, Pompili M.Late life suicide in Italy, 1980-2015. Aging Clin Exp Res. 2019 Dec 2. doi: 10.1007/s40520-019-01431-z.
5. Grande E, Vichi M, Alicandro G, Simeoni S, Murianni L, Marchetti S, Zengarini N, Frova L, Pompili M. Suicide among adolescents in Italy: a nationwide cohort study of the role of family characteristics. European Child & Adolescent Psychiatry, 2020, Jul 2. doi: 10.1007/s00787-020-01591-8. Online ahead of print.
6. Pompili M, Vichi M, Innamorati M, Lester D, Yang B, De Leo D, Girardi P. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study.Health Soc Care Community. 2014 Jul;22(4):361-7.
7. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. BMJ. 2013 Sep 17;347:f5239.
8. Mamelund SE. Effects of the Spanish Influenza Pandemic of 1918-19 on Later Life Mortality of Norwegian Cohorts Born About 1900. Working Pape., October 2003.
9. Simonsen L, Chowell G, Andreasen V, Gaffey R, Barry J, Olson D, Viboud C. A review of the 1918 herald pandemic wave: importance for contemporary pandemic response strategies. Ann Epidemiol. 2018 May;28(5):281-288. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.02.013. Epub 2018 Mar 2.
10. Gunnell D, Appleby L., Arensman E. et. Al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. The Lancet Psychiatry April 2020. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1
11. Thakur V, Jain A.COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. Brain Behav Immun. 2020 Apr 23. pii: S0889-1591(20)30643-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.062.
12. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lépine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J; ESEMED/MHEDEA Investigators. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. J Affect Disord. 2007 Aug;101(1-3):27-34
13. Hardt J, Bernert S, Matschinger H, Angermeier MC, Vilagut G, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess V, Alonso J. Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: results from the ESEMeD study. J Affect Disord. 2015 Apr 1;175:168-74.
14. WHO (2014). "Preventing suicide. A global imperative" World Health Organization.
15. WHO (2012). "Public health action for the prevention of suicide. A framework".
16. WHO (2018). "National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators".

COVID - 19
LA FINE DI UN'EMERGENZA?

Mentre l'OMS dichiara il 5 maggio che il Covid 19 non rappresenta più un'emergenza epidemica, tutti siamo consapevoli che rappresenta ancora una minaccia globale. Nell'ultima settimana di aprile OMS ha registrato un decesso ogni tre minuti. Per quanto se ne può sapere i casi cumulativi sono circa 765 milioni e i decessi sono 7 milioni, malgrado siano state somministrate 13 miliardi di dosi di vaccino.

Al di là delle vite rubate

Anche se la curva epidemiologica è in fase decrescente da 12 mesi, fino al momento in cui il virus avrà la forza di uccidere, si riprodurrà creando nuove varianti che a loro volta produrranno altri decessi.

I fiumi di disinformazione e di fake news hanno contribuito a minare i rapporti tra nazioni e quelli tra i popoli e le proprie istituzioni, aumentando in maniera esponenziale il danno economico, il commercio internazionale, il lavoro e quasi tutte le risorse sociali cancellando miliardi su miliardi di prodotto nazionale lordo che ha aggravato la povertà di popoli già duramente colpiti prima della pandemia.

Un futuro devastato

Lo stesso Direttore Generale dell'**OMS** ha ricordato nel suo discorso che mentre dichiarava la fine dell'emergenza, migliaia di persone sul pianeta combattevano per la sopravvivenza in terapie intensive malgrado la consapevolezza che un futuro prevedibile comporterà effetti debilitanti a lungo termine e lascerà profonde ferite.

Non si può prevedere oggi se e quando vi saranno nuove epidemie, ma sappiamo che le ferite lasciate dal Covid 19 saranno un ricordo indelebile che spaventa in vista di possibili devastazioni simili. Le future generazioni dovranno apprendere che le nuove tecnologie e i futuri strumenti a nulla servono se non avremo appreso che senza giustizia ed equità non si va lontano.

L'HIV, rischio aggiuntivo

In presenza di HIV, scrive IDSE (rivista delle Malattie Infettive USA) il 2 giugno 2023, oltre alla

possibilità di una ridotta risposta anticorpale, ci sono prove che vi può essere un aumentato rischio di infezioni da COVID-19 dopo la vaccinazione. Un ampio studio di coorte (NIH, Bertagnolo, 197 mila persone) ha rilevato che il rischio era del 28% più alto nelle persone con HIV rispetto a quelle senza.

In questo studio, una conta di cellule CD4 superiore a 500 era associata a un tasso inferiore di infezioni, mentre le persone con HIV con conta di CD4 inferiore a 350/mm3 avevano un rischio aumentato del 59% di malattia grave da COVID-19 (*Coburn, Humes et al. Analysis of postvaccination breakthrough COVID-19… JAMA Netw Open. 2022;5(6):e2215934. Lang, Humes et al. Analysis of severe illness …. with and without HIV in the US. JAMA Netw Open. 2022;5(10):e2236397).*

Anche l'OMS aveva confermato lo scorso aprile quanto osservato dai nostri clinici fin dai primi giorni: la pandemia COVID-19 ha avuto un enorme impatto sulle persone che vivono con l'HIV mostrandoci una significativa morbidità e mortalità, pur con tanti fattori confondenti. Nelle persone con HIV controllato e con cellule CD4 oltre 600, è stato ipotizzato che la continua ricostituzione immunitaria possa essere un fattore che contribuisce in modo significativo.
Le persone con HIV presentano spesso valori di infiammazione cronica più elevati rispetto ai controlli di pari età simili, anche durante la terapia ARV soppressiva. L'eccessiva infiammazione è stata collegata all'aumento di altre comorbilità, come tumori maligni e malattie cardiovascolari. Allo stesso modo, marcatori infiammatori elevati sono stati associati a una maggiore gravità di COVID-19.

L'infezione da HIV resta quindi un fattore di rischio indipendente per la gravità del COVID-19 e per il rischio di mortalità correlato all'immunosoppressione. Di conseguenza, il Ministero della Salute con le parti sociali, definirono quale grado di priorità il SSN dovesse dare alle persone con HIV per accedere al vaccino.

Più chiarezza sui criteri di prevenzione

Se la pandemia da Covid 19 ha rallentato l'accesso a test e terapie per l'HIV, la collisione delle due pandemie evidenzia la necessità di continuare a rafforzare i servizi sanitari, i sistemi di prevenzione e le cure per le persone con HIV in tutto il mondo. Anche in Italia si è deciso di rinnovare il Piano Nazionale AIDS, scaduto nel 2020 con gli aggiornamenti necessari che si sono evidenziati in questi ultimi anni, ma soprattutto con l'individuazione dei capitoli di spesa che ne comporterà l'applicazione.

Copiare le strategie contro l'HIV

Per ottenere un obiettivo efficace di prevenzione di patologie che assumono dimensioni bibliche bisogno studiare tutte le priorità da applicare ai sistemi sanitari di tutto il mondo attraverso quei modelli creati dal **Fondo Globale** che ha messo insieme i membri della società civile di tutto il mondo per ottenere un gruppo di pressione sui propri governi.

Questi dovranno, infatti, disegnare le priorità per la reazione a eventi devastanti come le pandemie e fornire le risposte adeguate alle sfide per la salute globale.

Non bisogna dimenticare che le Organizzazioni come **UNAIDS** e il **Fondo Globale** a livello multilaterale hanno creato il modello per combattere la sfida pandemica dell'AIDS e si stima che siano riuscite a salvare le vite di circa 70 milioni di persone e che l'attivismo HIV ha cambiato la storia della medicina rendendo la patologia gestibile.

Per molti non è finita

Molti sopravvissuti al COVID, in particolare quelli che sono stati ricoverati e hanno richiesto il supporto della ventilazione o di una macchina di bypass cuore-polmone, possono aver subito danni polmonari permanenti.

Il New York Times ha analizzato le scansioni polmoni di pazienti che sono stati ricoverati in ospedale durante le prime ondate della pandemia e ha parlato con i loro medici per comprendere meglio l'impatto a lungo termine del COVID sui polmoni.

Le visualizzazioni 3D mostrano il danno che può persistere anni dopo l'infezione alterando irrevocabilmente la vita di tutti i giorni. Gli effetti variano in base a quanto erano sane le persone prima dell'infezione e a come il loro sistema immunitario ha risposto al virus.

Mentre tutti i pazienti hanno visto un graduale miglioramento, nessuno è tornato al range normale dell'80% della capacità polmonare totale. Il NYT riporta che in troppi casi il valore maggiore che si sia raggiunto è pari al 59% della capacità media.
Per alcuni pazienti, il danno polmonare era meno e, ma ha comunque lasciato il segno. Nei casi gravi, si sono voluti tra 12 e 16 mesi per la guarigione totale dei polmoni, anche se le cicatrici richiedono ancora più tempo per scomparire.

I polmoni sani sono pieni di milioni di minuscole sacche d'aria chiamate alveoli. Il Covid può sviluppare tessuto cicatriziale e cambiamenti permanenti alle pareti alveolari che limitano il flusso d'aria anche dopo che l'infiammazione e il fluido di un'infezione attiva si sono risolti. Il tessuto polmonare sano ha molte tasche aperte dove l'aria può facilmente fluire, mentre durante un'infezione ha aree piene di liquido che inibisce il flusso d'aria. Il tessuto polmonare con danno cronico mostra aree sfregiate e ispessite e sezioni collassate con flusso d'aria ridotto.
Altra misura di funzionamento è la capacità vitale forzata, ovvero il volume d'aria che si può espirare dopo un respiro profondo.
Molte persone osservate nello studio NYT non ha raggiunto il range normale dell'80% della capacità polmonare totale.

Quasi due anni dopo la fase acuta di Covid 19 vi sono ancora persone che hanno bisogno di ossigeno ventiquattr'ore su ventiquattro a casa, con il rischio di sviluppare ipertensione polmonare, grave condizione di ipertensione nei vasi sanguigni che portano dal cuore ai polmoni

Fonti:

1. New Yotk Times, online edition, June 2 2023
2. Dr. Howard Huang, lung transplantation section chief at Houston Methodist J.C. Walter Jr. Transplant Center
3. John W. Nance, Jr., associate professor of clinical radiology at the Houston Methodist Academic Institute
4. Dr. David Sayah, clinical chief of the division of pulmonary & critical care medicine at U.C.L.A. Health
5. Dr. Ayodeji Adegunsoye, assistant professor of medicine at the University of Chicago
6. Dr. Kristin Schwab, pulmonologist at U.C.L.A. Health
7. Dr. William Moore, clinical director of radiology information technology at N.Y.U. Langone Health
8. Dr. Elliot Fishman, director of diagnostic imaging and body computed tomography in the department of radiology and radiological science at Johns Hopkins Medicine

COVID - 19

Casi lievi e moderati

Mentre l'infezione penetra nel tratto respiratorio, il sistema immunitario reagisce. I polmoni e le vie aeree si gonfiano e si infiammano. Questo può iniziare in una parte del polmone e diffondersi.

Circa l'80% delle persone che hanno COVID-19 ha sintomi da lievi a moderati con tosse secca o mal di gola. Alcune persone hanno la polmonite, infezione polmonare che arriva a infiammare gli alveoli. I medici possono vedere segni di infiammazione respiratoria su una radiografia del torace o una TAC ove riscontrano "un'opacità del vetro smerigliato" perché assomiglia al vetro smerigliato come la porta della doccia.

Casi gravi

Circa il 14% dei casi di COVID-19 si sono manifestati con un'infezione che colpisce entrambi i polmoni. Man mano che il gonfiore peggiora, i polmoni si riempiono di liquidi e detriti.

Le sacche d'aria si riempiono di muco, fluido e altre cellule che stanno cercando di combattere l'infezione. Questo può rendere più difficile per il corpo assumere ossigeno. Tipica è la difficoltà a respirare o sentirsi con il fiato corto. Spesso si ha anche la sensazione di necessitare ossigeno.

Se il medico esegue una TAC del torace, i punti opachi nei polmoni sembra inizino a connettersi tra loro.

Casi critici

Nel COVID-19 critico - circa il 5% dei casi totali - l'infezione può danneggiare le pareti e i rivestimenti delle sacche d'aria nei polmoni. Mentre il corpo cerca di combatterlo, i polmoni diventano più infiammati e si riempiono di liquido. Questo può rendere più difficile per loro separare ossigeno e anidride carbonica.

Si può avere una polmonite grave o una sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS). Nei casi più critici, i polmoni hanno bisogno dell'aiuto di una macchina di ventilazione per sostituire il lavoro che non riescono a fare.

LETTERA AL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA ITALIANA SENATORE SERGIO MATTARELLA

FERMIAMO LEGGI OMOFOBE CHE CONTRIBUISCONO ALL'AUMENTO DI MALATTIE INFETTIVE TRA CUI L'HIV

Roma, 8 giugno 2023.

I membri di Nadir ETS, Enti HIV no profit, network internazionali e molte Università sottoscrivono e fanno propria la dichiarazione IAS, EACS, EATG, OMS contro l'omofobia e la transfobia pubblicata in questi giorni.

Chiediamo al Presidente della Repubblica Senatore Sergio Mattarella, che attraverso i canali ufficiali del Ministero della Salute e degli Affari Esteri, siano convocati l'ambasciatore italiano in Uganda e di quello dell'Uganda in Italia per fermare la nuova legislazione e promuovere azioni in favore della popolazione più vulnerabile all'HIV e alle IST, in luce a quanto sancito dalle Costituzioni di gran parte dei Paesi Europei.

Il Presidente dell'Uganda ha appena firmato una delle leggi omofobe più dure del mondo sottoponendo i propri cittadini alla pena di morte, tortura, evirazione.

IAS – L'International AIDS Society, Società Scientifica di medici di Malattie Infettive di tutto il mondo che combattono HIV, AIDS, SARS COV 2 ed altre infezioni e gli operatori della Società Civile – invitano i paesi con legislazioni anti LGBTQ+ ad abolire la criminalizzazione della sessualità e favorire leggi e politiche per la salute basate sulla scienza e sulla pari dignità di diritti.

I dati che collegano la criminalizzazione delle relazioni tra persone dello stesso sesso e l'acquisizione dell'HIV tra uomini che hanno rapporti sessuali con uomini sono convincenti: a livello globale hanno 28 volte più probabilità di contrarre l'HIV rispetto ad altri uomini. Non possono mobilitarsi se criminalizzate e perseguitate senza le risorse necessarie dove vivere o nutrirsi. Ogni passo indietro nella difesa dei diritti umani è un passo indietro nella risposta all'HIV".

La metà dei 67 paesi che ancora criminalizza le relazioni omosessuali sono in Africa; alcuni di questi paesi hanno anche l'incidenza più alta di HIV. Ma legislazioni simili, osservano IAS, EACS e OMS, colpiscono anche dieci paesi del Medio Oriente che puniscono i rapporti tra persone dello stesso sesso con la morte in almeno quattro di essi.

L'HIV non deve rappresentare più una minaccia contro la salute pubblica e il benessere individuale, grazie ai risultati raggiunti dalla ricerca. "Siamo solidali con la comunità LGBTQ+. Non faremo un passo indietro sui diritti e sul percorso di salute globale raccomandato dai S.D.G. delle Nazioni Unite" confermano IAS e gli Enti italiani HIV chiedendo al Presidente della Repubblica Italiana di rendere anche il nostro Paese promotore di giustizia per raggiungere gli obiettivi di salute globale che prevede la scomparsa dell'AIDS e "zero nuovi contagi".

Seguono le firme di ETS, ODV, APS, Università italiane e persone che aderiscono all'appello:

NADIR ETS, Roma, Filippo Schlösser, CTS Sez. M del Ministero
della Salute ASA ETS, Milano, Dr M. Cernuschi CTS Sez. M
UNIMORE, Modena, Prof C. Mussini CTS Sez. L
UK Community Advisory Board, Londra, Prof. N. Policek
Check Point, Milano, Daniele Calzavara
PLUS APS, Bologna, Sandro Mattioli, CTS Sez. M
CCO Mario Mieli, Roma, Massimo Farinella, CTS Sez M
Comunità San Patrignano, A. Boschini, CTS sezione L
Comunità San Benedetto, M. Malfatto, CTS Sezione M
MOS, Sassari, Giulia Moi,CTS Sez M
Dara Giannini, La Sapienza Roma, CTS Sez L
Gaynet.it, Milano, Marco Volante, CTS Sez M
Chiara Simonelli, La Sapienza, Roma, CTS Sez L
CICA, Paolo Meli, Comunità Emmaus, Bergamo, CTS Sez M
Arcobaleno AIDS, Torino, Pietro Altini, CTS Sez M
Daniela Masci, Villa Maraini, Roma, CTS Sez M
Barbara La Russa, Associazione Gruppo Abele, Torino, CTS Sez
M Ada Moznich, I Ragazzi della Panchina, Pordenone, CTS Sez M
Nucleo Persone Sieropositive, Milano, CTS Sez M
CNCA, Maria Stagnitta, Roma, CTS Sez M
Lara Tavoschi, Università di Pisa, CTS Sez L
Stefano Vella, Università Altems, Roma, CTS Sez L
Giuseppe Nicolò Cugno ex ASL Matera, CTS Sez M
CEST, Michele Formisano, Taranto, Presidente ICAR 2023
Piero Stettini, FISS, Savona, CTS Sez M
Antonella Castagna, H. San Raffaele, Milano, CTS Sez L
ANLAIDS, Roma, Valeria Calvino, CTS Sez M
LILA Nazionale, Milano, Giusi Giupponi, CTS Sez M
Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute APS, Letonde Gbedo, Sez. M Cooperativa
PARSEC, Roma, Paola Barbara Vannutelli
L'Isola di Arran ODV, Torino, Maria Teresa Nanni, CTS Sez M
ITANPUD, Torino, Maria Teresa Nanni, CTS Sez M
ARCIGAY Nazionale APS, Ilenia Pennini, CTS Sez. M
Spedali Civili Brescia Dr A. Arrighini, CTS Sez. L
Network Italiano Salute Globale, Stefania Burbo, Roma