

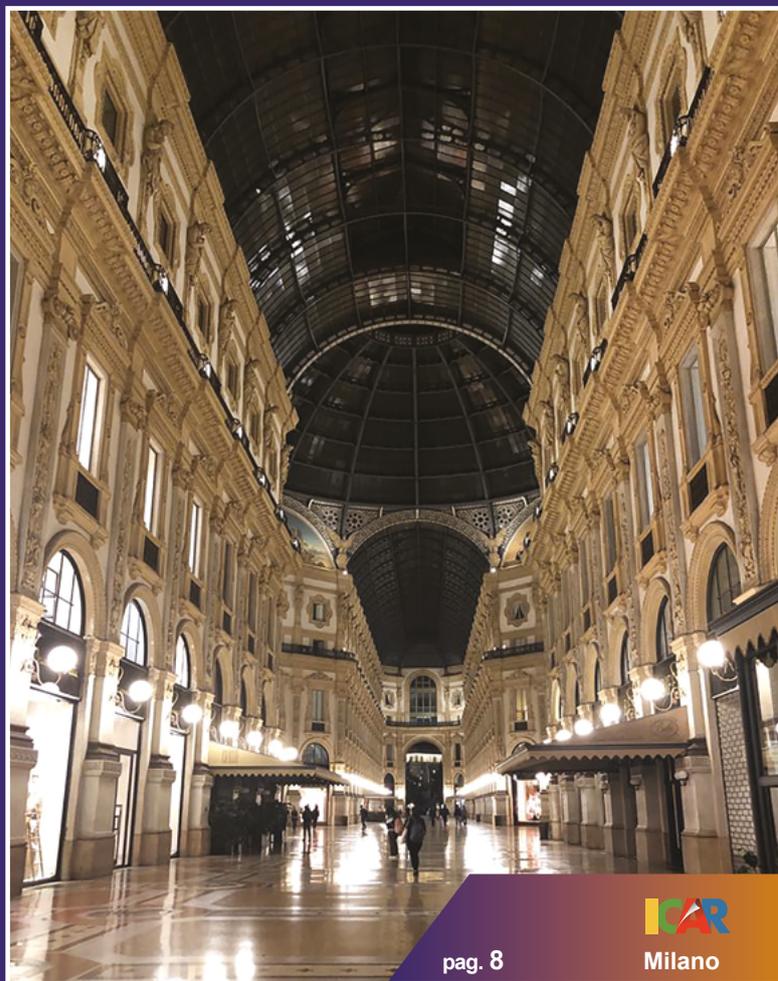
IL VOLTO DELL'ASSASSINO

La Gazzetta del Mezzogiorno (Bari Città V, 29/3/2019) e ADNKRONOS riportano il caso di un uomo che è stato arrestato dopo aver avuto rapporti occasionali con una donna l'estate scorsa, avendole nascosto la propria sieropositività. La donna, che probabilmente (probabilmente?) non sapeva dell'esistenza del virus, ricorsa al PS del Policlinico, è risultata fino allo scorso marzo, negativa all'HIV e NON ha sporto denuncia contro l'uomo. Il PM ha formulato l'accusa d'ufficio sull'ipotesi che l'uomo possa aver avuto altri rapporti sessuali con altre donne. Il GIP ha poi tramutato l'arresto in custodia domiciliare con l'accusa di tentate lesioni gravissime. L'uomo, di cui non si conosce l'identità ma si sa che è residente in altra regione, sarebbe stato rinviato a giudizio.

L'inequivocabile presa di posizione di scienziati infettivologi a questo proposito è:

"...su un piano giuridico, quanto avvenuto è gravissimo. Arrestare qualcuno senza che vi sia né il reato, né il presupposto (sembra che la persona fosse in terapia con viremia non rilevabile) è assurdo e rappresenta un precedente molto pericoloso. Il comportamento incredibile dell'autorità trova purtroppo terreno fertile nella confusione mediatica, generata sia dall'ignoranza sulle nuove acquisizioni (U=U), sia dalla pessima e gratuita gestione mediatica di altri casi..." Ed ancora: "... Questo nuovo caso, francamente inaudito, rafforza la mia convinzione sull'urgenza delle iniziative che abbiamo avviato in ambito SIMIT, da rafforzare con ulteriori interventi in sede ministeriale (CTS) e regionale (Commissioni Regionali AIDS) per esprimere documenti ufficiali che siano di riferimento anche per i contenziosi giuridici che potrebbero aumentare sulla spinta dei casi recenti..."

Accuse e rinvii a giudizio di persone che consensualmente hanno avuto rapporti occasionali, radicalizzano quel senso di pregiudizio e criminalizzazione che si riassume nel semplice, colorito, sciocco termine di "untore" usato spesso dalla stampa e questo non aiuta chi può essere influenzato e spaventato dall'uso improprio del linguaggio mediatico, a conoscere le malattie a trasmissione sessuale, a prevenirne i danni, a sottoporsi ai test. Un processo per tentate lesioni gravissime, oltre al peso giuridico, ha un peso politico e sociale che annulla anni di sforzi di informazione e prevenzione.



pag. 8

ICAR
Milano



pag. 13

Contagio
Consensus
Giusitizia

2 BREVI
4 DOVATO
6 MIGRANTI E SALUTE
7 LET'S STOP HIV:
MIGRANTI E CARCERI

10 SULLA CAPACITÀ DI AMARSI
12 PAPPILLOMAVIRUS; SCREENING E PREVENZIONE
14 LA MALATTIA NON È UNA SECONDA PELLE
16 VERSO IL 4° DECENNIO
POSITION PAPER

LA SALUTE E' PER TUTTI

La "Legge Salvini"* restringe i criteri per l'acquisizione del permesso di soggiorno (tra cui quello per motivi umanitari) riducendo il numero di soggetti che ha accesso alla protezione sanitaria nazionale.

A questo proposito, La Società Italiana di Medicina e delle Migrazioni (SIMM) ha inviato una lettera alla Ministro della Sanità per avvertire che l'applicazione di questa legge comporta maggiore vulnerabilità, difficile accesso ai servizi e una minore capacità - da parte dei servizi stessi - di intercettare situazioni a rischio nell'interesse di alcune tipologie di migranti e dell'intera popolazione.

La lettera avverte anche sulle conseguenze nella gestione delle IST (infezioni sessualmente trasmissibili) e dell'HIV, che hanno bisogno di continuità assistenziale sia per la cura sia per un'efficace prevenzione. Infine, mette in luce le problematiche della Legge sui minori stranieri non accompagnati che si trovano in una condizione d'irregolarità, con conseguenti ripercussioni sull'integrazione nella nostra società, in un clima di discriminazione, emarginazione e incertezza.

In attesa di un procedimento di incostituzionalità, apprezziamo i medici che continuano il loro dovere al di là di questa normativa.

SIMM. Comunicato stampa, 24 maggio 2019

*Legge 132/2018, GU 3/12/2018

UN PASSO AVANTI NEI DIRITTI TRANSGENDER

L'OMS denuncia a chiare lettere le politiche di discriminazione applicate in molti Paesi contro le persone transgender.

Spesso, infatti, prima delle procedure mediche sono necessarie diagnosi di fronte alla legge di "disturbo di genere". In molti casi tali dichiarazioni sono associate ai "disturbi psichiatrici".

Viceversa, l'OMS, tenendo in conto il consensus generale, raccomanda di eliminare dai manuali di psichiatria il concetto di "incongruenza tra il genere assegnato e quello espresso" in quanto promuove uno stato legale precario delle persone transgender e soprattutto quello che avalla atteggiamenti discriminatori.

Human Rights Watch, 2 giugno 2019

IN FUNZIONE L'AMBULATORIO PrEP ALL'UMBERTO I DI ROMA

A Roma, presso il Dipartimento di Malattie Infettive del Policlinico Umberto I, è attivo un ambulatorio dedicato esclusivamente allo screening, prescrizione e follow-up della Profilassi Pre-Esposizione (PrEP) per HIV, attivo la mattina del martedì.

Per accedere all'ambulatorio è sufficiente prenotare una visita infettivologica il martedì mattina (orario 9:00-13:00) presso la stanza n.113 (Prof. Gabriella d'Ettore), chiamando il CUP regionale al numero 069939.

La PrEP può essere indicata per soggetti MSM (Men who have Sex with Men), TGW (Transgender) o eterosessuali che presentino fattori di rischio per HIV come quali i rapporti non protetti con soggetti di sierostato ignoto, recente trattamento di un'infezione sessualmente trasmissibile, recente uso della profilassi post-esposizione per HIV, pratica del chemsex. Può inoltre essere utilizzata per il concepimento in coppie eterosessuali sierodiscordanti.

A seconda dei casi, può essere prescritta secondo uno schema continuativo o "al bisogno". Si ricorda che non previene la contrazione di altre infezioni sessualmente trasmissibili.

Proprio per questo motivo, è necessario effettuare il test per HIV e uno screening per le altre infezioni sessualmente trasmissibili e potrebbe anche essere indicato effettuare alcune vaccinazioni (ad es. epatite B, epatite A, HPV).

Durante il periodo di assunzione è necessario effettuare controlli periodici per verificare l'andamento della profilassi e l'assenza di effetti collaterali dei farmaci.

UN VACCINO PREVENTIVO IN STUDIO

Iniziata la fase IIB per lo studio di un vaccino preventivo che darà risultati nel 2022. Si chiama IMBOKODO ed è in corso di sperimentazione su 2600 persone in Zambia, Malawi e Sud Africa tra i 14 e i 25 anni di età.

Lo studio, in doppio cieco, mira a provare l'efficacia dopo la fase sulla tollerabilità, di un prime/boost eterologo che agisce sulla gp 140 con l'adiuvante Ad26, Mos4 e alluminio fosfato clade C. Dopo questa fase, sarà necessario effettuare quella III e solo allora lo sviluppatore annuncerà i risultati di questa fase IIB.

UNAIDS, Maggio 2019

GILEAD REGALA PrEP, MA VIENE DENUNCIATA ALL'ANTITRUST

Gilead Sciences, produttore del TRUVADA, unica combinazione approvata nella prevenzione dell'infezione da HIV, donerà il farmaco per 200.000 persone per 11 anni negli USA per la somministrazione di prevenzione secondaria. L'annuncio è stato dato dalle autorità sanitarie federali e riportato dal New York Times dell'11 maggio scorso.

Solo qualche giorno dopo, è stata depositata negli USA una denuncia presso il tribunale di San Francisco contro Gilead Sciences da parte di gruppi di attivisti che accusano l'azienda di aver utilizzato strategie contro le regole della normale competizione di mercato. Gilead, produttrice del Truvada, avrebbe contravenuto alle regole anti-trust al momento in cui decadeva il brevetto sul tenofovir disoproxil fumarato, riuscendo a ottenere il permesso di prolungarne il periodo di protezione e riuscendo così a mantenere la posizione dominante nel mercato.

I consumatori e i produttori di bioequivalenti sarebbero stati spiazzati da questa manovra che tende a mantenere alto il prezzo dei prodotti che contengono tenofovir.

Gilead ha comunque introdotto una nuova formulazione di tenofovir (alenamide fumarato) che, immessa da pochi anni sul mercato, dimostra avere una maggior biodisponibilità ed efficacia e minori effetti collaterali.

The Washington Post, 13/5/2019

BIKTARVY

E' stata pubblicata in GU l'11 giugno l'autorizzazione alla distribuzione del nuovo composto a singola compressa che contiene tenofovir alafenamide, emtricitabina e Bictegravir. Mentre i primi due farmaci sono ampiamente conosciuti e in utilizzo già da alcuni anni, il bictegravir è un nuovo inibitore dell'integrasi non in commercio come singolo farmaco, ma associato a TAF e FTC.

L'approvazione europea si basa su studi di non inferiorità rispetto a regimi con dolutegravir. Il bictegravir sarebbe attivo in alcuni ceppi di virus ove non riesce ad agire il dolutegravir, sostengono gli sperimentatori del N. Carolina che hanno riscontrato un successo virologico a 96 settimane in circa il 90% dei pazienti in studio.

Negli studi clinici condotti, nessun paziente che ha assunto il regime tenofovir alafenamide, emtricitabina e Bictegravir ha sviluppato resistenza al trattamento, risultato che osservato sia nelle persone naïve alla terapia che in quelle virologicamente sopresse. Inoltre, nessun partecipante ha sviluppato tubulopatia renale prossimale o sindrome di Fanconi e nessuno ha interrotto il trattamento a causa di effetti collaterali legati a problemi renali.

The Lancet HIV online edition May 5, 2019
Gazzetta Ufficiale n. 135 dell'11giugno 2019.

LA GOLA COME SORGENTE DI INFEZIONI

Si è registrato che tra gli MSM la gola è la maggior fonte di trasmissioni della gonorrea. Uno studio australiano, infatti, ha studiato 60 coppie che avevano una prevalenza alta di infezioni da gonorrea alla gola e all'ano, pur in assenza di infezioni a livello uretrale.

I ricercatori hanno suggerito che, dopo aver registrato i comportamenti sessuali delle coppie in studio, la trasmissione del gonococco è dovuta al bacio, al sesso orale, al rimming ed alla saliva usata come lubrificante nel sesso anale. In uno studio successivo, disegnato per confermare i dati emersi da quello precedente, sono state prese in considerazione 48 coppie che non avevano gonorrea a livello uretrale, ma solo nella gola e nell'ano. L'88% di queste, hanno trasferito la gonorrea anche a livello uretrale nei giorni successivi, dimostrando che la localizzazione nella gola o nell'ano, può essere fonte della malattia infettiva anche a livello uretrale. Sugerendo che il gonococco si trasmette facilmente con la saliva.

Cornelisse VJ et al. Evidence of a new paradigm of gonorrhoea transmission: a cross-sectional analysis of Neisseria gonorrhoeae infections... S T I, online 17 April 2019. doi: 10.1136.

CROI, INIBITORI DELL'INTEGRASI E PESO CORPOREO

Riportiamo i risultati presentati a CROI lo scorso marzo che accomunano alcuni studi di coorte negli USA, che hanno in comune lo studio del peso corporeo.

I primi tre, fatti dall'ACTG e l'NA ACCORD, dopo quasi due anni di studio, confermano che con terapie che si basano su raltegravir o dolutegravir o elvitegravir confermano dopo due anni di somministrazione, mostrano nei pazienti di oltre 42 anni di età mediana un aumento di peso corporeo rispettivamente di 5 kg, 6 kg e 4 kg, senza differenziazione tra uomini e donne. Invece lo studio WIHS fornisce dati leggermente diversi: le donne hanno aumentato il peso corporeo di circa 2,14 kg con maggior aumento di percentuale di grasso a fianchi stomaco, braccia e pancia con uso di raltegravir e di dolutegravir.

I bracci con elvitegravir non hanno mostrato alcuna differenza. Nello studio osservazionale sul cabotegravir (abs 670 a 675) non è stata rilevata alcuna differenza nell'aumento di peso corporeo. In ogni caso si tratta di studi osservazionali il cui obiettivo non era la valutazione di tali cambiamenti. Inoltre, non è chiaro il meccanismo biologico che produce tali differenze, considerando le medie di età dei pazienti in studio, né pertanto si comprende facilmente se questi dati abbiano un valore statistico importante.

Shafer, Clinical Inf. Dis. 22/5/2019 e gli abs. presentati alla CROI il 5 marzo 2019

DOVATO

NUOVA COMPRESSA CON DUE FARMACI

TERAPIA
NADIR

Di recente EMA ha approvato Dovato, composto da dolutegravir (Tivicay) e lamivudina (Epivir). Entro alcuni mesi sarà autorizzato da AIFA e inserito nei prontuari per la commercializzazione come co-formulazione per la terapia ARV.

DOLUTEGRAVIR

Sappiamo che dolutegravir ha un'efficacia indiscutibile, una farmacocinetica costante al di sopra del quoziente inibitorio della replicazione virale e ha fornito dati di successo e versatilità da quando è stato immesso nell'armamentario dei farmaci di combinazione contro l'HIV. Anche i livelli di tossicità sono molto rari e più legati a quelli della classe degli inibitori dell'integrasi che non al Tivicay stesso. Il profilo di resistenze a combinazioni con Tivicay è stato riscontrato raramente.

Quando iniziò ad essere prescritto nel 2015, pur essendo ancora poco conosciuto, ebbe successo in breve tempo in quanto permetteva di disegnare una combinazione con due farmaci attivi, compatibile alle terapie DAA per l'epatite C.

EPIVIR

Questo inibitore della trascrittasi inversa ha ormai perduto i diritti di esclusività e si può prescrivere come bioequivalente. Si è fatto conoscere fin dal 1995 grazie ad un programma di accesso allargato che non ha precedenti nella storia della medicina, confermando in poco tempo la tollerabilità in un periodo in cui gli antiretrovirali erano più conosciuti per la loro tossicità che per l'efficacia.

Dopo le formulazioni a una compressa di Triumeq e Kivexa, viene oggi ripresentato in combinazione con un inibitore dell'integrasi. Epivir rappresenta una pietra miliare nella storia dell'HIV, un "sempreverde" in quanto la terapia che include anche lamivudina, in oltre 20 anni ha dimostrato efficacia sia nei pazienti mai sottoposti a terapia per l'HIV, sia in quelli pre-trattati con

virus contenente la mutazione M184V. Il ruolo della lamivudina, in questo caso, è quello di mantenere presente la mutazione in quanto limita la capacità del virus di replicarsi. Molto rara l'intollerabilità alla lamivudina. E', però, un farmaco a bassa barriera genetica.

Inoltre, gli studi fatti negli USA, oltre a confermare la minor incidenza di tossicità, hanno dimostrato che questa formulazione avrà un costo inferiore di terapia che si aggira sui 500 milioni di dollari in 5 anni.

DELTA INTERVISTA IL PROF. MASSIMO ANDREONI Università Tor Vergata, Roma

Delta: Oggi vi sono varie possibilità di costruire combinazioni di antiretrovirali, associando diverse classi. In generale, qual'è il tuo atteggiamento nei confronti della "dual therapy" rispetto a quella a tre farmaci?

La disponibilità di nuovi farmaci con maggiore potenza e tollerabilità, oltre ad un'elevata barriera genetica allo sviluppo di resistenza, rende le strategie antiretrovirali con solo due farmaci (2DR) più fattibili e attraenti rispetto al recente passato. I potenziali vantaggi di strategie 2DR includono una ridotta tossicità e un minor costo della terapia antiretrovirale.

Negli ultimi anni alcuni studi clinici randomizzati hanno già fornito informazioni rilevanti sull'utilizzo della strategia 2DR in pazienti naïve. Lo studio clinico randomizzato NEAT001/ANRS143 ha confrontato un regime 2DR con darunavir / ritonavir (DRV / r) + raltegravir (RAL) vs una triplice terapia con DRV / r + tenofovir disoproxil fumarato / emtricitabina (TDF / FTC); lo studio ha arruolato circa 800 pazienti e ha dimostrato che sebbene l'efficacia complessiva fosse simile, una risposta subottimale è stata osservata in pazienti con alto HIV-RNA plasmatico e/o con basso numero di cellule CD4 + nel braccio trattato con 2DR.

Lo studio GARDEL, che ha arruolato 426 soggetti ha confrontato un 2DR con lopinavir / ritonavir (LPV / r) + lamivudina (3TC) vs la triplice terapia con LPV / r + 2NRTI, ha dimostrato un'efficacia virologica simile tra i due bracci, ma questa strategia ha al giorno d'oggi alcune limitazioni legate alla sommi-

nistrazione due volte al giorno e agli effetti avversi del lopinavir. Più recentemente, la non inferiorità di Darunavir (DRV / r) + 3TC vs DRV / r + TDF / 3TC a 48 settimane (n = 145) è stata dimostrata in uno studio clinico randomizzato ANDES (93% vs 94% di risposta virologica, rispettivamente).

Più recentemente la disponibilità di dolutegravir (DTG), un inibitore dell'integrasi di seconda generazione con un'alta barriera genetica, ha permesso di progettare un nuovo regime 2DR. I dati più rilevanti relativi a questa duplice terapia nel paziente naïve sono stati ottenuti dallo studio GEMINI 1 e 2, due studi paralleli, internazionali, randomizzati, in doppio cieco di fase III di non-inferiorità, in cui DTG + 3TC è stato confrontato alla triplice terapia con DTG + FTC / TDF. Un totale di 1.441 pazienti sono stati arruolati con le seguenti caratteristiche: adulti naïve alla ART con HIV-1 RNA 1.000-500.000 copie / ml, nessuna preesistente mutazione di resistenza virale maggiore e assenza di co-infezione da HBV o HCV. L'endpoint primario dell'HIV-1 RNA <50 copie / ml alla settimana 48 è stato raggiunto nel 91% dei pazienti trattati con DTG + 3TC e nel 93% dei pazienti trattati con DTG + FTC / TDF. Una differenza nella risposta virologica è stata osservata in pazienti che avevano iniziato la terapia con conta CD4 + \leq 200/mm³ (79% nel braccio DTG + 3TC vs 93% nel braccio DTG + FTC / TDF); tuttavia, la maggior parte dei fallimenti non erano correlati all'efficacia virologica. Dato anche il piccolo numero di pazienti arruolati in questo sottogruppo, un follow-up più lungo e ulteriori studi sono necessari per confermare questi risultati e possibilmente fornire una spiegazione biologica a tale risposta apparentemente più bassa in questa tipologia di pazienti.

Molti più dati hanno dimostrato nella pratica clinica l'efficacia della terapia 2DR in pazienti già in trattamento e con soppressione virologica. Negli studi di switch, le strategie 2DR sono state principalmente studiate in pazienti in terapia efficace di lunga durata, con viremia costantemente soppressa e nessuna precedente storia di fallimento virologico. I regimi con inibitori della proteasi (PI) potenziati con ritonavir o cobicistat combinati con 3TC e quelli con DTG combinato con rilpivirina (RPV) sono le strategie di successo più ampiamente esplorate negli studi clinici randomizzati. La combinazione di DTG + 3TC è stata anche studiata, sebbene solo in piccoli studi pilota, in due studi randomizzati e in una analisi di coorte. Comunque,

i risultati ottenuti da questi studi sono stati molto promettenti. Nei pazienti in trattamento antiretrovirale efficace una semplificazione della terapia ad una strategia 2DR è attuabile ma si deve tenere conto della storia del trattamento del paziente per la presenza di eventuali fallimenti virologici e quindi di mutazioni di resistenza o della presenza di una infezione cronica da HBV.

In conclusione, personalmente ritengo che si possa affermare che nei pazienti naïve con HIV-RNA <500.000 copie/ml, in assenza di mutazioni associate a resistenza ai farmaci e di infezione attiva da HBV, un regime 2DR con DTG + 3TC ha una efficacia virologica paragonabile a un regime con 3 farmaci (DTG + FTC / TDF) a 48 settimane e quindi può essere utilizzato per l'inizio della terapia antiretrovirale. Comunque, ad oggi, non ritengo che tale regime sia consigliabile nei pazienti naïve con una conta CD4 basale <200 cellule/mm³.

Inoltre, dati osservazionali a più lungo termine potranno fornire ulteriori dati relativi all'impatto che una terapia 2DR possa avere sul quadro di infiammazione ed immuno-attivazione che caratterizza l'infezione cronica da HIV e quindi sull'impatto di tali strategie dell'evoluzione clinica di eventi non AIDS correlati (patologia cardiovascolare, metabolica, neoplastica, ecc).

Delta: Dato che nel comunicato stampa non è specificato se Dovato debba essere somministrato in associazione ad altri antiretrovirali, che cosa ne pensi nel caso venga prescritto senza l'aggiunta di altri antiretrovirali ad una persona mai trattata?

Come indicato precedentemente tale terapia, anche in assenza di ulteriori farmaci, può rappresentare una corretta scelta nel paziente naïve ben selezionato.

Più che mai oggi, avendo a disposizione terapie altamente efficaci, abbiamo il dovere di non sottovalutare un'infezione, quale quella da HIV, in cui una risposta efficace alla terapia in termini immuno-virologici non assicura che il paziente non abbia comunque una maggiore frequenza di comorbidità. In tal senso un'esatta stadiazione delle condizioni del soggetto HIV positivo deve essere fatta prima dell'inizio della terapia e nel follow up successivo.

MIGRANTI E SALUTE

MOLTE PREOCCUPAZIONI ASSILLANO L'OPINIONE PUBBLICA, SPESSO INFLUENZATA DAL PREGIUDIZIO CONTRO LE DIVERSITÀ. IL MIGRANTE È VISTO COME UN INVASORE CHE APPRODA SULLE NOSTRE COSTE SENZA CERTEZZE, IL PIÙ DELLE VOLTE IN CONDIZIONI DI SALUTE PRECARIA E NEL MOMENTO IN CUI SI RITROVA A PIEDE LIBERO SUL TERRITORIO È UN INDIVIDUO SENZA ARTE NÉ PARTE, PERICOLOSO ALLA SOCIETÀ.

NAGA ONLUS, TUTELA AI PIU' DEBOLI

Niente di più falso, secondo Naga onlus, fondata dal dottor Italo Siena alla fine del 1980, quando iniziava a preoccuparsi dei problemi dei cittadini stranieri in carcere, di problemi di etnopsichiatria, fino a quelli legali. Nel tempo, Naga onlus si è trasformata da semplice assistenza sanitaria ad associazione dedita alla tutela dei diritti dei cittadini stranieri.

“Solo il 10% dei migranti che arrivano in Italia ha bisogno di un intervento ospedaliero”, afferma Anna Spada, medico volontario di Naga. “Se non fossero venuti da Naga, avrebbero continuato a gestire in maniera inappropriata le proprie patologie.”

Da Cittadini senza diritti. Rapporto Naga 2018. Immigrazione e (in)sicurezza: la casa, il lavoro e la salute, Naga dichiara: “Tra il 2014 e il 2017 si è assistito a un consistente aumento del numero di donne che vive presso il datore di lavoro. Il numero di uomini con una situazione abitativa stabile è invece diminuito nei quattro anni. Per quanto riguarda le condizioni di salute, la rilevanza di patologie delle vie respiratorie e dermatologiche, così come dei disturbi psichici e comportamentali, è più alta rispetto a chi vive in affitto o presso i datori di lavoro. Sono invece rare le malattie infettive, lo 0,016% di chi si è rivolto a Naga.” www.naga.it

NESSUNA MINACCIA ALLA SALUTE COLLETTIVA

Enzo Massimo Farinella, Direttore della Struttura di Malattie Infettive all'Ospedale Cervello di Palermo, spiega che non esiste nessuna emergenza sanitaria riguardante i flussi migratori. Non c'è alcun pericolo d'importazione di malattie infettive. I dati epidemiologici dimostrano che i migranti non sono portatori di patologie che mettono a rischio i Paesi che li accolgono. Al contrario, se l'accoglienza è inadeguata, è proprio la loro salute a essere messa a rischio, soprattutto se sono costretti a vivere in condizioni di precarietà e promiscuità ambientale, causando di conseguenza problemi anche alla nostra salute.

Nell'immediata fase che segue lo sbarco, i migranti sono sottoposti a procedure sanitarie che iniziano già sul molo, dove il team medico dell'Associazione Sanitaria Provinciale esegue la prima visita e, per i casi più gravi, provvede al ricovero ospedaliero o agli accertamenti sanitari per la prosecuzione dell'iter diagnostico. Per quanto riguarda i casi sospetti di malattie trasmissibili si attiva un percorso dedicato, attraverso il contatto diretto con i reparti di Malattie Infettive.

EFFETTO MEDIATICO

È l'immagine del migrante appena sbarcato a distorcere la realtà, perché quando osserviamo tante persone esauste e sofferenti che hanno visto la morte in mare, ci viene da pensare quali e quanti problemi porteranno. Sono sopravvissuti, in fuga dalla loro terra martoriata da guerra e fame, disposti a tutto pur di non tornarci.

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni fa una distinzione tra l'effetto migrante sano e l'effetto migrante esausto: *“C'è un'autoselezione in partenza. Emigrano e scappano persone giovani e in buone condizioni di salute che, però, al momento dello sbarco in Italia presentano problematiche che riguardano il percorso di fuga, come ferite, ustioni, disidratazione, ipotermia, colpi di calore/sole, esiti di sindromi da annegamento, lesioni muscolo-scheletriche.”*

Non dobbiamo dimenticare che spesso per molti migranti si tratta di una migrazione forzata, dovuta a situazioni di violenza e pericolo e, per questo, esposti a eventi traumatici: prigionia, stupri, naufragi, lutti.

I migranti sono persone più soggette a incontrare difficoltà di adattamento: barriere linguistiche, culturali e psicologiche impediscono l'integrazione e l'apprendimento delle usanze e delle regole nel Paese di arrivo e provocano emarginazione sociale.

DIRITTO ALLA DIGNITÀ

I flussi migratori costituiscono da sempre il tessuto sociale mondiale. Gli italiani devono prenderne atto. La Carta delle Nazioni Unite all'Art. 25 dice: *“Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.”*

La Costituzione Italiana prevede il diritto alla salute (vedi articolo Delta 84 – Migranti e Salute) per chiunque è sul territorio italiano.

Ciò che manca è l'accettazione della diversità, l'accoglienza del povero, del bisognoso, di tutte quelle categorie fragili e vulnerabili e per questo soggette alla viltà della discriminazione.



Let's stop HIV
Nuove prospettive
e popolazioni speciali
Rimini, 2-3 aprile

MIGRANTI E CARCERI

IL CONVENGO HA POSTO PARTICOLARE ATTENZIONE ALLE POPOLAZIONI VULNERABILI E COMPLESSE QUALI MIGRANTI, DETENUTE, TOSSICODIPENDENTI, SEXWORKERS E TRANSGENDER CHE, PER MARGINALITÀ, STIGMA E DISCRIMINAZIONE, HANNO MAGGIOR DIFFICOLTÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI DI PREVENZIONE E ASSISTENZA SANITARIA.

Dalle presentazioni si è riscontrato nella popolazione migrante un ritardo ad accedere ai programmi di salute e al rischio elevato di trattamento a causa di problemi di comunicazione transculturali ed educativi che, se fossero applicati, nel quadro di decisioni politiche di sanità pubblica, aiuterebbero a ridurre la paura dello stigma e aumentare l'accesso alle cure (dott.ssa **Annalisa Saracino**, Policlinico di Bari).

La relazione di **Massimo Oldrini**, presidente di Lila Onlus con il dottor **Tullio Prestileo**, dell'Ospedale Civico Benefratelli di Palermo ha riportato la grande proporzione di migranti che acquisisce l'HIV dopo l'arrivo in Europa, con diagnosi tardiva. Nei programmi di LILA sono stati menzionati i percorsi di educazione per la salute sessuale e riproduttiva nei centri di accoglienza. Tali progetti hanno messo in luce la mancanza di una strategia nazionale per la salute dei migranti e la necessità di un'attenta comunicazione transculturale, con la formazione di operatori e mediatori.

“Una nuova diagnosi di HIV, è spesso un problema non solo del singolo ma di tutta la comunità che si è attivata nel progetto migratorio: a livello culturale l'HIV può rappresentare un'opportunità per la creazione di un modello di cura anche per la popolazione HIV negativa”, queste le parole del Prof. **Giovanni Guaraldi**.

Sono stati forniti dal dottor **Sergio Babudieri**, direttore della clinica di Malattie Infettive dell'AOU di Sassari (“La popolazione detenuta in Italia) i dati sulla popolazione detenuta al 28 febbraio 2019 che è di 60.348 persone. Di queste, solo il 65% hanno una condanna definitiva, mentre le altre sono in attesa di giudizio e per tale motivo l'Italia è stata richiamata dall'Unione Europea. Si tratta in generale di una popolazione fragile, in quanto il carcere è “un concentratore di patologia, prima di tutto sociale” oltre che di patologie infettive e di altro tipo.

Interessante l'intervento di **Margherita Errico** presidente di NPS, che partendo dalle indicazioni di ECDC e EMCDDA auspica l'avvio di un tavolo nazionale della salute in carcere, mentre il dottor **Enrico Girardi**, dell'ospedale L. Spallanzani di Roma (“Gli ostacoli alla continuità di cura”) ha messo in risalto che, tra le barriere per il trattamento dell'HIV, si pone il problema numerico della popolazione detenuta e la coesistenza di fattori di rischio e la scarsa prioritizzazione delle malattie infettive all'interno degli istituti di pena. A tale proposito Girardi ha riportato la bassa incidenza di soppressione virale negli uomini, anche per la presenza di disturbi psicologici. Ha sottolineato inoltre, che azioni quali i servizi di counselling gestiti da educatori pari sarebbero cruciali per garantire il mantenimento in cura sia durante che dopo il periodo di detenzione.

In merito alla popolazione tossicodipendente, il dottor **Felice Nava**, direttore dell'Unità Operativa di Sanità

Penitenziaria di Padova nonché direttore del Comitato Scientifico di FederSerD (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze), ha aperto il dibattito su tali temi presentando la mappa della nuova tossicodipendenza.

Nello spiegare la strada che porta alla dipendenza, Nava ha messo in primo piano il “craving”, ovvero il desiderio incoercibile di utilizzare una sostanza, seguito dalla perdita di controllo e l'uso nonostante le conseguenze negative: la dipendenza è una malattia cronica multifattoriale, in cui la vulnerabilità è l'aspetto fondamentale. In tale ambito hanno un ruolo importante rispetto al tipo di dipendenza la componente genetica, l'ambiente e le relazioni familiari e sociali.

A livello neurologico, l'impatto della sostanza nel cervello ha effetti simili agli stimoli naturali quali il cibo e il sesso, ovvero l'aumento di dopamina nelle aree frontali addette al controllo della soddisfazione. L'uso cronico di sostanze e la perdita di controllo portano a una ipofunzione di tali aree. “La capacità di controllo negli adolescenti, soggetti in cui le aree frontali del cervello non sono ancora mature”, — ha concluso il dottor Nava — “è minore, ecco perché sono più vulnerabili agli effetti delle sostanze”.

Due sessioni del convegno sono state dedicate a lavori di gruppo, con presentazione di piccoli progetti seguita dalla discussione tra i partecipanti. Tra questi, all'interno del gruppo di lavoro “Focus sulla popolazione detenuta” si è parlato di micro-eradicazione mirata dell'HCV, con un progetto condotto nell'istituto di pena di Sassari e presentato da dottor **Babudieri**. Il progetto prevedeva la somministrazione di un test salivare in carcere, supportato da incontri in cui venivano spiegata la procedura, il percorso di cura e i tempi di guarigione.

Nell'ultima sessione sono spiccati i progetti della dottoressa **Elisabetta Teti** del Policlinico Tor Vergata di Roma (già riportato in Delta 83), in collaborazione con **Fondazione Villa Maraini**, e quello del dottor Antonio Di Biagio, del Policlinico San Martino di Genova. Il primo, intitolato Meet, Test and Treat, rientra all'interno delle strategie di riduzione del danno rivolte alle persone che consumano droghe per via iniettiva (PWID) con l'intento di offrire loro un percorso fast track per un accesso alle cure immediato.

Si tratta di uscire dalle strutture ospedaliere e andare nel territorio, decentralizzando i servizi di accesso al test e ai trattamenti. Il secondo progetto, presentato da **Di Biagio** si è avvalso di un database elettronico, www.reteligehiv.it, che gli ha permesso di rilevare il livello di eradicazione dell'HCV in una coorte di pazienti con infezione da HIV in follow-up presso la clinica di malattie infettive di Genova nel 2018. La barriera principale che si è riscontrata era la scarsa compliance in pazienti che vivevano in struttura, assumevano psicofarmaci e/o con difficoltà di relazione.

La community ringrazia la Prof.ssa Cristina Mussini e la D.ssa Laura Sighinolfi per la loro costante attenzione alle problematiche delle popolazioni vulnerabili, di solito emarginate anche dai contesti scientifici.



Il gruppo di associazioni che partecipa al comitato della community in ICAR ha coordinato tre sessioni che fondono scienza e società civile. I messaggi chiave di questo periodo della storia dell'HIV sono stati affrontati di concerto con clinici, psicologi e associazioni per portare sul territorio i temi ancora poco noti alla popolazione generale in vista del cambiamento necessario per affrontare le nuove sfide contro l'HIV.



più facilmente fruibile, **Bruce Richman** di Prevention Access Campaign ha ideato lo slogan "U=U", una formula semplice che sta facendo il giro del mondo. Questi tre simboli – che stanno per "Undetectable = Untransmittable" (in italiano suona "Non rilevabile = Non trasmissibile") – hanno il potenziale di cambiare completamente il paradigma e la percezione dell'Hiv. È questo il messaggio che Bruce Richman ha dato introducendo la tavola rotonda su U=U che ha concluso il congresso ICAR di Milano.

Lo slogan, adottato da 870 associazioni in 98 paesi in tutto il mondo mira a cambiare la percezione che si ha delle persone con HIV e aiutare le persone con Hiv a uscire dal senso di colpa, di autostigma o di negatività con cui molte vivono la loro condizione. Proprio nel corso della tavola rotonda, tre persone hanno parlato di come U=U abbia cambiato la loro vita.

Alla tavola rotonda ha partecipato anche **Marcello Tavio**, futuro presidente della Società italiana di malattie infettive, confermando la disponibilità SIMIT, già data dall'attuale presidente, Prof. Massimo Galli, a elaborare con le associazioni un documento di consenso con una presa di posizione ufficiale dei medici infettivologi a sostegno di questo messaggio.

Interessante lo studio dell'associazione torinese **Arco baleno AIDS** ha distribuito in due cliniche regionali e in due centri associativi un questionario destinato alle persone che vivono con HIV. Tra le 222 risposte raccolte (età media 47 anni, 75% maschi, 50% eterosessuali, in trattamento da una media di 11 anni), solo 40 riferivano di conoscere U=U, in larga parte perché informati dalle associazioni o dal medico. Gli intervistati si dividevano equamente tra quanti credevano che U=U avrebbe cambiato la percezione delle persone con HIV da parte della popolazione e chi non prevedeva invece alcun cambiamento.

Va segnalata la criticata conduzione della sessione da parte di **Gerardo d'Amico**, giornalista di RaiNews24, più volte contestato dalla platea per aver usato espressioni giudicate poco rispettose nei confronti di chi vive con l'Hiv.

IL PUNTO SULLA PREP IN ITALIA

Una affollata sessione di ICAR ha presentato la situazione italiana rispetto alla PrEP. La sessione è stata aperta da una presentazione di chi scrive che, in rappresentanza di Plus onlus che ha coordinato la ricerca, ha illustrato i dati generali dei centri che hanno aperto servizi specifici per chi utilizza la PrEP e che sono elencati sulla pagina "Chi ti segue" del sito www.pre-pinfo.it curato dalla stessa associazione.

pinfo.it curato dalla stessa associazione.

A marzo 2019, 20 centri erano elencati sul sito e altri 2 offrivano il servizio pur non essendo segnalati: due centri sono community-based (i Checkpoint di Bologna e Milano), 16 sono al nord, 3 a Roma, 1 a Napoli e 2 in Sicilia. Il primo centro è stato aperto a marzo 2017. Dai dati raccolti, risultano seguiti presso questi centri 531 utilizzatori della PrEP, di cui il 98% maschi che fanno sesso con maschi (MSM). La ricognizione ha anche messo in evidenza le disparità di costo degli esami connessi con l'utilizzo della PrEP nei diversi contesti regionali: il servizio è gratuito, infatti, solo presso i Checkpoint di Bologna e Milano e in altri tre centri clinici, mentre negli altri centri è previsto il pagamento del ticket almeno per gli esami di biochimica e in tre centri anche per la visita infettivologica e per i test per infezioni a trasmissione sessuale. Secondo le indicazioni ricevute, in questi centri il costo di una visita di controllo può arrivare fino a 90 euro.

I CHECKPOINTS

Nel corso della sessione sono stati presentati ulteriori dati relativi ai servizi PrEP aperti presso i Checkpoint di Milano e Bologna. Nel capoluogo lombardo, è stato analizzato il cambiamento dei comportamenti sessuali rispetto all'inizio della PrEP di 83 utenti (96% maschi, 86% MSM).

Alla prima intervista, il 10% degli utenti dichiarava di fare sesso non sicuro e il 28% rispondeva "dipende", il 39% faceva uso di chemsex almeno saltuariamente, il 39% aveva più di 5 partner sessuali al mese, e il 54% praticava sesso di gruppo. Alla seconda intervista, il 79% dichiarava di non avere avuto problemi a mantenere comportamenti sessuali sicuri, mentre alla terza intervista la vista sessuale del 74% degli intervistati era cambiata negli aspetti emozionali. Nel secondo lavoro presentato, riferito a 85 utenti, non è stato registrato nessun cambiamento significativo rispetto a utilizzo del condom, numero di partner sessuali e uso di chemsex dopo l'inizio della PrEP.

Il team del BLQ Checkpoint di Bologna ha infine presentato una analisi relativa a 16 utenti del centro community based che presentano indicazione per l'utilizzo della PrEP ma che hanno deciso di non utilizzarla. Il campione, di età media 36 anni, riferiva un numero di partner sessuali nell'ultimo mese superiore a 10 nel 75% dei casi, un utilizzo incostante del condom nell'81%, e esperienze di sesso di gruppo, fisting o condivisione di sex toys nel 69%.

Tuttavia, l'87% si considerava a basso o moderato rischio per HIV e il 63% pensava che la PrEP avrebbe potuto offrirgli un livello di protezione basso o moderato. Il 75% era moderatamente o molto preoccupato degli eventi avversi e il 35% dello stigma sociale connesso alla PrEP.

Due ulteriori lavori, disponibili sul sito icar2019.it, hanno presentato i dati relativi a 19 utenti del Policlinico di Modena e a 71 utenti dello Spallanzani di Roma.

CHEMSEX: COSA FARE?

Una delle due keynote lecture in plenaria per conto della community è stata tenuta da **Jorge Garrido** di Apoyo Positivo che ha illustrato gli interventi condotti dalla sua associazione a Madrid e Malaga sul tema del chemsex. Il programma, intitolato "Sex, drogas y tu", è partito nel 2015 e nel 2017 ha ricevuto il premio per l'innovazione clinica della Società spagnola di psichiatria. Esso prevede degli interventi psicologici e sessuologici ai quali si sono rivolti più di 200 utenti, affiancati da gruppi terapeutici che si orientano sia all'interruzione o alla gestione del consumo sia alla creazione di occasioni di svago.

Oltre alla campagna informativa che ha raggiunto più di due milioni di persone, si sono rivolti all'associazione 345 persone per un counseling sulla riduzione del danno, 115 per interventi psichiatrici, 64 per lo svago terapeutico e 53 per i workshop terapeutici. Quasi l'80% di coloro che si sono rivolti ai servizi aveva una infezione da HIV, mentre una alta percentuale presentava un problema di disturbo post-traumatico da stress o un trauma psicologico non elaborato.

Secondo Garrido, alla base del consumo problematico di sostanze c'è spesso una storia di abuso sessuale che può riferirsi sia all'infanzia sia alla vita da adulto, evidenziando come la violenza si consumi anche all'interno delle relazioni gay. Questo si riflette in un sentimento di solitudine e isolamento che riguarda anche il senso di respingimento vissuto da parte della comunità LGBT. "Dobbiamo riformare la comunità gay – ha concluso Garrido – per dare una risposta efficace al problema del chemsex".

Per quanto riguarda la situazione italiana, sono stati presentati dati sul chemsex relativi a Milano e Padova. Un sondaggio condotto da ASA Milano e dall'Ospeale San Raffaele ha coinvolto finora 310 persone, di cui 293 con infezione da HIV. Settantadue intervistati (23,2%) riferivano uso di chemsex con droghe come crystal meth, GHB/GBL, mefedrone, cocaina, ketamina, MDMA o MDPV. Tra loro, il 29,7% assumeva come parte del proprio regime antiretrovirale cobicistat o ritonavir, sostanze note per la loro interazione con alcune sostanze da chemsex.

L'analisi condotta a Padova ha coinvolto 376 persone sieropositive in cura al centro di malattie infettive dell'Università di Padova e 178 persone sieronegative che si sono rivolte al centro per fare il test HIV tra settembre 2017 e settembre 2018. Il 25,7% degli eterosessuali con HIV riferiva uso di chemsex almeno una volta nella vita, rispetto al 16,7% degli eterosessuali sieronegativi.

SULLA CAPACITÀ DI AMARSI... (L'OMOFOBIA INTERIORIZZATA)

SOCIALE
LIA BOVE

PARTE II

I pregiudizi sull'omosessualità fanno parte di ideologie culturali, tradizioni apprese fin dall'infanzia e la definiscono vizio, peccato, malattia, perversione. Una volta introiettati si traducono in una scarsa considerazione di Sé che può spingere fino al disprezzo e all'autolesionismo. La sessualità diventa allora scenario di comportamenti autopunitivi che portano al rischio di contagio da HIV e altre MST.

Si potrebbe fissare il prezzo dei pensieri alcuni costano molto, altri poco. E con che cosa si pagano i pensieri? Io credo così: con il coraggio. (Ludwig Wittgenstein, 1946)

IDENTITÀ E PAURA

Un tempo la condanna sociale era riservata all'espressione della sessualità, oggi riguarda anche l'espressione dell'affettività nelle coppie omosessuali e la loro capacità genitoriale. Questi temi richiedono un'elaborazione nuova del concetto di famiglia non più riferibile ad un unico modello in grado di contenere le diverse sfaccettature dell'affettività. In questo momento storico gli aspetti di criticità riguardano la vita affettiva oltre quella sessuale, la costruzione di un'identità propria e di coppia al di fuori di schemi tradizionali che generano la paura del nuovo.

Compito delle persone omosessuali è quello di individuare e ritrovarsi in altri modelli relazionali, di coppia e genitoriali, passando attraverso l'elaborazione del vuoto lasciato dalla dissolvenza del modello maschio/femmina, padre maschio/madre femmina.

AFFETTIVITÀ EREDITATA E SESSUALITÀ AUTONOMA

La percezione e il vissuto dell'immagine di sé in relazione all'altro poggia su una struttura statica, su relazioni tradizionali, dove l'immagine eterosessuale di maschio e femmina, padre/madre, padre maschio, madre femmina è un'immagine che possiede una compattezza consolidata attraverso mito, storia, favole, depositi innestici, rappresentazioni ereditate da millenni che hanno una propria completezza e autonomia interna tali da essere sottoposte in modo limitatissimo alle disposizioni della coscienza. E' come se non riuscissimo a vedere nulla di diverso da questa introiezione. (A. Lanotte 2014). L'interdizione sociale ha inoltre giocato un ruolo indubbio nel rafforzare la separazione della sessualità dall'affettività, imponendo il culto del piacere attraverso criteri di efficienza e disimpegno emotivo.

ASPETTATIVE E FALLIMENTI

La relativa facilità di consumare sesso, ha focalizzato e ridotto l'immaginazione al puro atto del piacere esasperando l'importanza della sessualità a discapito di una conoscenza delle capacità e delle risorse affettive. La difficoltà di costruire relazioni sentimentali durature costituisce ad oggi la causa delle principali sofferenze in molte persone, per le quali la vita di coppia rimane il progetto affettivo ideale nonostante i ripetuti e dolorosi fallimenti. L'intenzione di rendere stabile un legame spesso si concilia male con lo stimolo che la sessualità riceve da un mercato più che accessibile e quasi inesauribile. Aspetti intrapsichici, interpersonali e sociali dunque, si intrecciano definendo le coordinate entro le quali si svilupperà la visione del mondo e la trama fitissima delle proprie esperienze.

La dimensione sessuale come aspetto specifico di ciascuna persona è da intendere come uno spazio psicodinamico che si forma precocemente attraverso l'interiorizzazione di schemi comportamentali, modelli relazionali e patrimoni di aspettative, desideri, angosce e paure; è strettamente legata alla rappresentazione di sé in relazione all'altro, fornisce informazioni importanti sull'intera persona e invita ad entrare nel campo complesso della valutazione della personalità.

INFORMAZIONE VERSUS VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le campagne di informazione e prevenzione in tema di salute e malattie a trasmissione sessuale non possono prescindere da temi quali la percezione del rischio che a sua volta rimanda alla complessità delle dinamiche psicologiche sottostanti gli agiti autolesivi in campo sessuale. Questo approccio alla prevenzione richiede il superamento di rigide chiavi di lettura e può avvenire attraverso l'adozione di criteri valutativi in grado di accogliere la complessità della dimensione umana che esprime attraverso la sessualità il ruolo fondamentale degli aspetti inconsapevoli presenti nella ricerca stessa del rischio.

Le strategie di prevenzione nascono all'interno di modelli sociali, culturali e politici che a volte fanno fatica

ad accogliere una visione multiprocessuale, in grado di comprendere come le condizioni sociali organizzino le identità personali e i rapporti interpersonali rischiando di attribuire ai singoli individui, responsabilità che non sono solo personali, ma sociali. Ignorare l'omofobia interiorizzata, che si traduce in una sorta di oppressore interno, vuol dire sottostimare l'effetto di una dinamica inconscia che genera sentimenti autodistruttivi.

DESIDERIO E COLPA

Alcuni studi hanno evidenziato una correlazione importante tra ricerca di esperienze e sensazioni forti da un lato e sensi di colpa, rifiuto, insoddisfazione della propria vita affettiva e desiderio frustrato di relazioni stabili dall'altro (A. Bourne, 2015).

Alcuni obiettivi di un intervento psicologico e di prevenzione riguardano la capacità di:

- Comprendere in che modo il rifiuto di Sé si traduce in comportamenti di ritiro (mancanza di progettualità, auto emarginazione, isolamento) alterazioni della sfera affettivo-relazionale, problemi psicosomatici, depressione, ansia, insonnia, comportamenti autodistruttivi fino al suicidio.

- Comprendere in che modo la disistima e la svalutazione di Sé sostengono la difficoltà a costruire e mantenere relazioni intime attraverso una scissione tra affettività, sessualità, relazioni.

- Comprendere la relazione che intercorre tra la ricerca del rischio e la distorsione dell'esame di realtà, la dimensione dell'impulsività, della rabbia e dell'aggressività come risposte reattive o stabili di un individuo di fronte alla frustrazione.

- Dare significato ai comportamenti rendendoli scelte consapevoli. L'obiettivo è quello di collocare le proprie esperienze lungo un continuum temporale, legandole a ciò che le ha precedute e a ciò che le seguirà. Recuperare la dimensione del futuro vuol dire sostenere l'esame di realtà e conferire una memoria emotiva agli accadimenti così che possano essere interiorizzati come esperienze emotive e non come semplici fatti.

- Favorire la costruzione di rappresentazioni di Sé consapevoli attraverso la messa in atto di interazioni adeguate, in grado di fornire il contenimento necessario a dare forma a percezioni e sensazioni altrimenti prive di spessore psichico.

La modificazione dei comportamenti a rischio obbliga pertanto a porre al centro dell'attenzione, la persona, la sua storia, le sue risorse attuali. Alcune ricerche evidenziano il limite di una prevenzione basata sulla semplice informazione affermando che persone con elevati livelli di conoscenza dell'HIV si sono esposte comunque al possibile rischio di contagio. Fare prevenzione vuol dire creare spazi di elaborazione e di incontro dove le persone possono esprimere il proprio disagio, renderlo consapevole e dividerlo, comprendendo il ruolo specifico giocato dagli aspetti depressivi nella percezione che hanno del rischio nella loro vita sessuale. Attraverso laboratori esperienziali è possibile e fondamentale comprendere in che modo la presenza di aspetti problematici preesistenti incide sulla capacità di negoziare rapporti sessuali protetti.

- Costruire il senso di appartenenza ad una storia come contenitore simbolico del sé, attraverso la narrazione che permette ad ogni individuo di dare voce ed elaborare gli aspetti relativi alle proprie origini, affrontando le proprie specificità, dando forma alle proprie paure, fantasie e desideri.

- Creare un senso di coerenza tra gli eventi della vita e un senso di Sé nel tempo.



Al Policlinico Umberto I di Roma è stato attivato recentemente un ambulatorio dedicato allo screening della patologia anale correlata al papillomavirus (HPV) e alla prevenzione del carcinoma anale squamo-cellulare, che è quasi invariabilmente associato all'infezione da HPV.

Questo ambulatorio opera all'interno di un network di specialisti del Policlinico (infettivologo, proctologo, odontoiatra, otorino, urologo, dermatologo) guidato dalla Prof.ssa Gabriella d'Ettore, finalizzato alla diagnosi e trattamento delle manifestazioni del virus HPV.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza di papillomavirus umano (HPV), responsabile della formazione di condilomi, patologia benigna molto diffusa, in Italia raggiunge circa 130.000 casi diagnosticati. Rappresenta quindi l'infezione sessualmente trasmissibile più diffusa al mondo. Se l'infezione da HPV viene trascurata, non diagnosticata e quindi non trattata in modo tempestivo e appropriato, può essere la responsabile di neoplasie altamente maligne, come il tumore del collo dell'utero, della vulva, della vagina, del pene, dell'ano, e di alcuni tumori della testa e del collo.

Le persone con infezione da HIV presentano un minore tasso di risoluzione spontanea dell'infezione da HPV, con un conseguente aumento del rischio di sviluppare patologie HPV-correlate rispetto alla popolazione generale. Tra i 120 ceppi di virus, HPV 16 e HPV 18 hanno un ruolo importante nel tumore del pene, per il quale si registrano in Italia circa 500 casi all'anno, la metà dei quali associata alla presenza del virus. Anche in questo caso, la presenza dell'infezione da HIV può significare una maggiore incidenza del tumore (circa 4-8 volte superiore).

Si stima che

- il virus sia presente nell'88% dei tumori dell'ano
- fino all'80% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita con un ceppo di papilloma
- oltre il 50% dei casi si presenti con un ceppo ad alto rischio.

OBIETTIVO E PRESTAZIONI DELL'AMBULATORIO

Di recente è stata introdotta la vaccinazione, gratuita, nei maschi che fanno sesso con i maschi. Viene fatta sul territorio, ma la prescrizione spetta all'infettivologo: anche secondo le recenti Linee Guida, la vaccinazione è raccomandata, principalmente nel maschio che fa sesso con maschio.

Secondo le linee guida italiane, dovrebbero effettuare lo screening per il carcinoma squamo-cellulare anale:

- MSM

- **Chiunque presenti o abbia presentato condilomi ano-genitali**

- **Donne con alterazioni patologiche dell'istologia della cervice uterina**

La prevenzione efficace dell'infezione da HPV e delle possibili manifestazioni ad essa associate si basa sull'adozione di misure volte a prevenire il contagio, primi fra tutti l'uso del preservativo e la vaccinazione anti-HPV effettuata in giovane età. L'obiettivo principale dell'ambulatorio è diffondere e promuovere le pratiche di prevenzione dell'infezione da HPV, nonché effettuare diagnosi di infezione da HPV e screening per la prevenzione del carcinoma squamo-cellulare del canale anale. Ai fini diagnostici, presso l'ambulatorio di Malattie Infettive del Policlinico Umberto I di Roma, si effettuano:

- **Brushing anale per ricerca e genotipizzazione di HPV**

- **Citologia anale per ricerca di displasie HPV correlate**

In presenza di displasia anale è previsto l'approfondimento di secondo livello con:

- **Anoscopia ad Alta Risoluzione (HRA)**

Ove necessario, viene inoltre effettuato il trattamento delle displasie anali. L'ambulatorio, sebbene sia nato con particolare riguardo alla popolazione MSM HIV+, si rivolge a tutti, indipendentemente dal genere e dalla presenza o meno di infezione da HIV.

Contatti per effettuare lo screening:

gabriella.dettore@uniroma1.it
eugenionelson.cavallari@uniroma1.it
giancarlo.ceccarelli@uniroma1.it

Le fotografie presenti in questo numero non sono soggette a royalties o pagate ove dovute.

La rivista Delta rientra tra le attività istituzionali dell'associazione Nadir Onlus, attività di utilità sociale non a fini di lucro, il cui scopo primo è l'informazione/formazione a favore delle persone sieropositive.

Le opinioni espresse all'interno della presente pubblicazione sono di esclusiva responsabilità degli autori dei relativi articoli e sono comunque soggette all'approvazione del comitato scientifico e redazionale della rivista.

Sito web di Nadir - www.nadironlus.org

È possibile abbonarsi gratuitamente a Delta collegandosi al nostro sito e compilando l'apposito modulo o scrivendo all'indirizzo della nostra Associazione, riportato qui sopra.

È possibile scrivere alla redazione di Delta per qualunque segnalazione, utilizzando la seguente e-mail: redazione@nadironlus.org.

Ringraziamo Gilead Sciences per il contributo a questa iniziativa.



CONTAGIO CONSENSUS GIUSTIZIA



GIURISPRUDENZA

La responsabilità penale nel contagio dell'HIV è materia ancora controversa. La Corte di Cassazione ha emesso questa sentenza il 3 ottobre 2012 n. 38388: "La condotta di chi contagia il proprio partner tacendolo di essere affetto da sindrome da HIV integra il reato di lesioni personali gravissime con dolo eventuale; sussiste infatti l'elemento psicologico del dolo eventuale quando l'agente, pur non avendo di mira il fatto a rischio, ne accetti - nella proiezione della propria azione verso la realizzazione di un fatto primario - la concreta possibilità del suo verificarsi, in un necessario rapporto eziologico con l'azione medesima."

Il dolo eventuale, elemento psicologico confermato dal concetto di "concreta possibilità", oggi lascia perplessi. Altrettanto perplessi lascia la certezza della Corte di integrare il contagio dell'HIV nel reato di "lesioni gravissime".

Questo criterio non era stato considerato valido dalla Corte d'Appello in quanto, pur riferendosi a un rapporto tra marito e moglie, non vi era la prova che il contagio fosse avvenuto per responsabilità del marito. La Cassazione stravolse così un criterio che sembrava perlomeno dubbio.

ADEGUAMENTO ALL'INNOVAZIONE

A questo proposito, oggi si vorrebbe introdurre l'importanza delle evidenze scientifiche che hanno modificato le dinamiche e le possibilità di contagio. Dal momento in cui la terapia per l'HIV abbatta la replicazione virale e il conseguente rischio di contagiare, riteniamo moralmente ragionevole scagionare dall'imputazione chiunque assuma terapia efficace.

Diverso è il caso di chi, non avendo mai fatto il test, o avendolo fatto in modo saltuario e non continuativo, è affetto da HIV, non ne è consapevole e contagia altre persone. Ma, in questo caso, la giustizia non potrà avvalersi del concetto di dolo eventuale in quanto la persona accusata ne è ignara. Con l'applicazione della Sentenza della Corte di Cassazione, sembra che chi è ignaro del proprio stato sierologico sia meno colpevole di chi ha fatto il test, conosce il proprio stato, si cura e non ha virus quantificabile.

Le sentenze di condanna riscontrabili in giurisprudenza, non tengono neppure in conto, per quanto riguarda il dolo eventuale, che tutti sanno che esiste il rischio di contagio con l'HIV nella fattispecie dei rapporti occasionali e che è dovere anche della persona che consensualmente si sottopone al rischio di contagio proteggere la propria salute e non delegarla a persona terza.

Alquanto incerto è poi il risultato del test filogenetico, in quanto dimostra che, pur essendovi compatibilità

tra due virus che sono in due persone diverse, prova che i virus sono collegati, ma non dimostra che siano lo stesso virus, né che il contagio sia avvenuto con il rapporto sessuale oggetto di accusa. Al massimo, può provare che i due virus non hanno nulla in comune, esonerando così l'accusato da qualsiasi responsabilità di contagio.

LA DICHIARAZIONE INTERNAZIONALE DI CONSENSUS

Resta quindi più valida la ricerca della storia sessuale e quella clinica delle persone accusate o accusatrici, come afferma la Dichiarazione di Consensus firmata da molti clinici ed in particolare da **Françoise Barré-Sinoussi**, biologa molecolare che ha isolato per prima il virus. Tale lavoro è stato realizzato facendo una revisione dettagliata della letteratura scientifica pubblicata fino ad aprile 2017.

In essa si afferma che, anche se la via sessuale è una forma comune di trasmissione dell'Hiv, la possibilità di contrarre il virus durante un singolo rapporto sessuale varia da *nessuna a bassa*.

VERSO UN CAMBIAMENTO?

A questo proposito Nadir ha chiesto di includere all'ordine del giorno della prossima seduta ministeriale del CTS la necessità di una revisione precisa della materia, anche in considerazione dell'orientamento di SIMIT verso una dichiarazione di consensus analoga ed accettabile per il Ministero della Salute e per il Ministero della Giustizia. Il Ministero della Salute e SIMIT hanno già dichiarato di voler approfondire la tematica per aggiornare quanto di obsoleto vi è nella giurisprudenza di merito.

Non dimentichiamo che una visione obsoleta del rischio di contagio è fortemente discriminatoria delle persone portatrici di patologia, produce paura sociale e pregiudizio, diminuendo la disposizione della popolazione a ricorrere al test periodico.

Riteniamo colpevoli di discriminazione i giornalisti che definiscono una persona sieropositiva in cura efficace come ai tempi della peste "l'untore".

Barré-Sinoussi F et al. Journal of the International AIDS Society 2018, 21: e25161

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25161/full> | <https://doi.org/10.1002/jia2.25161>

In questo momento storico la diversità è temuta e discriminata. Convivere con l'HIV, essere di un'etnia differente o di un altro credo religioso sono ancora oggi condizioni difficili da accettare da parte della società e delle istituzioni. Intolleranti e disinformati vogliono far apparire queste condizioni come marchi impressi a fuoco sulla pelle, veri e propri sigilli dell'emarginazione.

Susan Sontag è stata una scrittrice americana che proprio della diversità, lei che era omosessuale e di religione ebraica, ha fatto un punto di forza. Attraverso le sue opere, in stretto collegamento alle sue vicende personali, si è battuta contro ogni forma di discriminazione. Il suo pensiero incarna la potenza di un rinascimento culturale necessario per superre i tabù che ammantano gran parte della società.

IN FUGA VERSO LA LIBERTA'

Susan Sontag (1933 - 2004) fuggì a quindici anni da un'infanzia piuttosto difficile, (orfana di padre quando aveva cinque anni, cresciuta dalla madre alcolizzata e risposata), come inseguita da una maledizione da cui liberarsi. Si sposò a diciassette anni, si laureò l'anno dopo in Filosofia e Lettere e a diciannove anni nacque suo figlio. A Parigi prese coscienza della propria omosessualità e alla fine degli anni Cinquanta, tornò a New York, divorziò e iniziò la sua carriera letteraria, giornalistica e fotografica che la consacrò al successo internazionale facendola diventare un punto di riferimento per milioni di lettori.

LE SUE BATTAGLIE

Susan Sontag sperimentò nella propria esperienza di malata che il cancro imprimeva una sorta di marchio su chi ne veniva colpito: era considerato (e lo è in parte tuttora) la malattia degli sconfitti e dei depressi. Fu proprio per combattere quest'uso mortificante della Malattia come metafora che la Sontag scrisse il libro dallo stesso titolo nel quale teorizzò una condizione del dolore atta a restituire dignità a chi soffre, con la volontà di liberare certe patologie da un'aura di negatività che le mostrava come la conseguenza di comportamenti scorretti: l'HIV per aver ecceduto con sesso e/o droghe, il cancro ai polmoni per il troppo fumo, la

cirrosi dovuta all'abuso di alcol, il diabete per i troppi zuccheri. Questa lotta la spinse a guardare in faccia la realtà, spogiarla dalle connotazioni o interpretazioni che sminuivano il valore intrinseco dell'essere umano, per evitare che il senso di colpa generasse ancor più dolore al punto da estirpare la propria identità

Sin dall'antichità le malattie erano intese come giudizio sulla collettività e conseguente punizione per una trasgressione individuale. Esiste un rapporto diretto tra il concetto di malattia e ciò che è straniero, quindi minaccioso e aggressivo: non a caso si dice che il contagio dell'AIDS arrivi dal Terzo Mondo.

LA MALATTIA COME METAFORA DEL PECCATO

Quando si ammalò di leucemia, non smise di contrastare il giudizio morale che equiparava la malattia a una punizione. Perché *"La malattia così non denota più uno stato psico-fisico, ma è connotata da uno stato morale, per lo più negativo"*, scriveva nel suo saggio *Malattia come metafora*. La metafora della malattia è quell'alieno dentro l'essere umano che annienta l'io a favore del non-io, che legittima lo stigma, il serpeggiante progressivo sviluppo, lento e subdolo, di un male che consuma a poco a poco, privando l'individuo non solo della dignità esteriore (minato nel suo aspetto fisico), ma anche della propria soggettività (permeato dal vuoto che si porta dentro).

LA FORZA DELLA RAGIONE

Il male va conosciuto e affrontato per dargli una connotazione, imbrigliarlo in una struttura gestibile (mentale e medica), facendo capire alle persone che si può gestire con le giuste cure, l'informazione, la prevenzione. I saggi della Sontag, a distanza di tanti anni dalla loro pubblicazione, sono più che mai attuali. Dimostrano che disinformazione e paura della malattia aumentano

il rischio di lasciar cadere nel baratro della solitudine tante persone nel momento in cui si ritrovano ad affrontare un evento avverso riguardante la propria salute.

Il progresso scientifico ha reso i pazienti affetti da patologie croniche meno vulnerabili, tuttavia ancora ci si sente insicuri e poco tutelati; a volte le paure del passato riemergono e si pensa al futuro con sfiducia. La personale serenità e il rispetto da parte di chi ci circonda dovrebbero essere diritti acquisiti; per questa ragione le teorie di una donna, Susan Sontag, illuminata e illuminante, andrebbero riscoperte e divulgate.

"La malattia è il lato notturno della vita, una cittadinanza più onerosa. Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene e in quello dello star male. Preferiremmo tutti servirci del passaporto buono, ma prima o poi ognuno viene costretto, almeno per un certo periodo, a conoscersi cittadino dell'altro paese." (Malattia come metafora: Aids e cancro)

Dell'autrice sono pubblicati: *Malattia come metafora: il cancro e la sua mitologia* (Einaudi, 1979) ribattezzato poi *Malattia come metafora. Cancro e Aids* (Mondadori, 2002); e *L'Aids e le sue metafore* (Einaudi, 1989) poi *Malattia come metafora. Aids e cancro* (Einaudi, 1997); ma la sua produzione letteraria si estende anche alla narrativa e al teatro.

UN OSPITE CHIAMATO AIDS

Dopo aver inquadrato l'attuale realtà clinica del fenomeno, la Sontag passa a studiare l'AIDS com'è vissuto e rappresentato nell'immaginario collettivo. La sua forza metaforica, dice la Sontag, nasce dall'aura misteriosa che la circonda e dal fatto che non si è ancora trovata una terapia adeguata. (*Aids e le sue metafore* - Einaudi, 1989).

Nel suo breve racconto "Così viviamo ora" apparso nel 1986 nel settimanale *The New Yorker*, ventisei personaggi ruotano attorno al capezzale di un comune amico malato di AIDS (termine che nel testo non è mai usato) e parlano delle loro vite come in un flusso di coscienza Joyciano.

"All'inizio era soltanto dimagrito, si sentiva solo un po' male, disse Max ad Ellen, e non prese appuntamento con il suo medico, secondo Greg, perché riusciva a lavorare più o meno allo stesso ritmo, smise però di fumare, fece notare Tanya..."

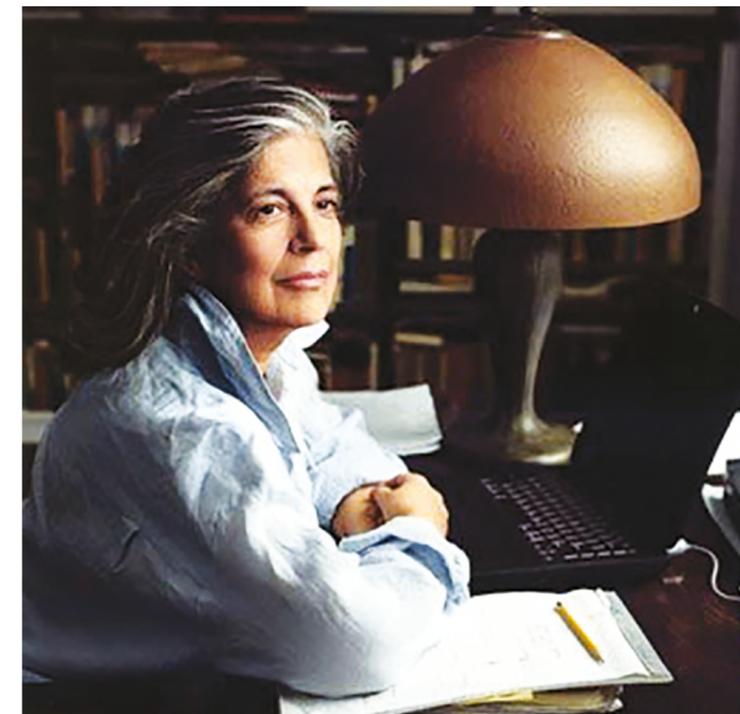
L'intento dell'autrice è concentrarsi su una vicenda comune, banale, già annunciata dal titolo che determina un momento storico ben definito: l'ora, ossia il presente in cui la Sontag vive, separato dal prima e non paragonabile al futuro impossibile da ipotizzare a causa della comparsa del virus dell'HIV e dell'insorgere dell'AIDS.

Attorno ai fatti, il pretesto è la riconquista della normalità all'interno di uno scenario catastrofista in cui sieropositività e AIDS scuotono profondamente la società: l'America repubblicana di quegli anni vedeva i sieropositivi e le persone in AIDS come lebbrosi senza speranza, da ghettizzare, mentre in Italia il tema, di riflesso, si affrontava in modo distorto, superficiale e insufficiente (il titolo si sarebbe potuto parafrasare in *Così viviamo oggi in Italia*).

Già allora il messaggio che la Sontag voleva comunicare era di vivere nel quotidiano l'evento della malattia attraverso la nostra capacità di riorganizzarci ogni volta che si ha di fronte un problema collettivo, in attesa di un rimedio farmacologico capace se non di debellarla almeno di contenerla e rallentarne l'avanzata.

"Così viviamo ora" (adattato per la scena nel 1989) testimonia come di AIDS si occupano meglio le Associazioni di volontariato, con l'informazione, la prevenzione e la lotta allo stigma, piuttosto che le Istituzioni Pubbliche.

Purtroppo si continua a lottare contro il silenzio, o il clamore immediato che dura il tempo di un fuoco d'artificio, che trasforma i legami sociali in luogo di finzione, camuffamento e rassicurante ipocrisia.



Le diagnosi di HIV e quelle di AIDS non sono diminuite negli anni come, invece, si è registrato in molti paesi europei. Lo confermano i dati epidemiologici pubblicati dall'ISS e recepiti dal Ministero della Salute.

Spetta alle istituzioni definire politiche di informazione, interventi e strumenti finanziari per aiutare le regioni a controllare l'HIV, anche in luce agli accordi firmati in sede OMS dall'Italia per il triennio in corso, malgrado si stimi che ogni giorno avvengano 10 nuovi casi di contagio: l'HIV ha un costo umano, psicologico, sociale ed economico molto elevato ed ancora di più quando si scopre di avere l'HIV durante una patologia AIDS definente. MA NESSUNO NE PARLA.

ALLORA NE PARLIAMO NOI

Se una parte della popolazione è diffidente ad accedere al test, alcuni servizi della sanità devono essere adeguati alle esigenze della popolazione vulnerabile. Spetterebbe al sistema sanitario studiare nuove modalità di informazione comprensibili ed interventi specifici per garantire la prevenzione e il diritto universale alla salute, sancito dalla Costituzione, per le persone presenti sul territorio. Il dialogo che ci aspettavamo, soprattutto in seguito all'approvazione del PNAIDS nel 2017 è rimasto per lo più un monologo (malgrado la relazione al Parlamento della Ministro della Salute, agosto 2017). Interventi innovativi che avallino operatività ed expertise del terziario, offrirebbero un maggior controllo delle nuove infezioni, un miglioramento della qualità della vita e una diminuzione del pregiudizio che genera sierofobia. Modelli operativi di supporto sono già in funzione in altri paesi europei ove è possibile scegliere i presidi diagnostico-terapeutici in luoghi extra-ospedalieri e nelle modalità più adatte ad un percorso di lungo termine personalizzato.

TEST: è fondamentale insistere sull'informazione di quanto sia importante questo passaggio per la popolazione, soprattutto per quella che per età e stile di vita è maggiormente vulnerabile. E' questo il punto di partenza per ottenere il contenimento delle nuove infezioni, fornire accesso sostenibile alla diagnostica, alla terapia e all'assistenza per le persone più fragili: non è facile per tutti superare l'ostacolo psicologico di entrare in un ospedale per fare un test che può implicare un percorso a vita.

TEMPISTICA: è altrettanto fondamentale che le istituzioni invoglino ad effettuare il test regolarmente, che la persona conosca il proprio stato sierologico il prima possibile e non quando sia in stato di AIDS. Da questo aspetto dipende l'approccio alla terapia di cui ha bisogno e la qualità della vita che ne deriverà come persona sieropositiva, che oggi, grazie ai risultati della ricerca, è praticamente uguale a quella della popolazione in generale.

TERAPIA: tutti devono sapere che la terapia ARV ed il suo uso corretto permette alla persona con HIV di non trasmettere il virus e la discriminazione sierofobica potrà scomparire. La persona in terapia non avrà più motivi di rappresentare l'elemento che la società sente il diritto di discriminare.

QUALITA' DELLA VITA: una sanità attenta a sostenere la domanda dei cittadini rende possibile la personalizzazione del percorso terapeutico, al di là del

successo farmacologico che dovrà rappresentare solo il primo passo per il ritorno ad una buona qualità della vita, come previsto dagli standard e dagli accordi internazionali, anche in vista dell'invecchiamento. Ricordiamo che tra i criteri che applica AIFA nell'approvazione degli strumenti innovativi, la Qualità della Vita non è valutata come un criterio migliorativo.

UN PERCORSO COMPLEMENTARE: se le istituzioni comprenderanno la necessità di fornire servizi che si adattino alla domanda, offrirà l'accesso al sistema salute in ambienti più consoni alle persone vulnerabili ove troveranno l'opportunità di condividere con i propri peer frustrazioni, paure, insuccessi, affettività, desideri e percorsi di normalizzazione del proprio benessere aderendo con facilità al continuum of care.

Non tutti sanno quanto sia importante fare il test perché

- l'85% dei contagi avviene per rapporti sessuali.
- è un virus subdolo che non si manifesta anche per lungo tempo.
- oltre la metà avviene per rapporti eterosessuali.
- oltre la metà scopre la presenza del virus nel corpo quando ha già l'AIDS.
- le terapie permettono una qualità di vita simile a chi non ha il virus.
- una persona in terapia stabile non trasmette il virus dell'HIV.

Ma tutti devono sapere che la ricerca ha fornito risposte inattese capaci di cambiare la storia naturale di un virus che fino a pochi anni fa era mortale.

Un centro extra-ospedaliero può:

- fornire procedure innovative per la diagnosi e la terapia, in linea con quanto proposto dalle linee guida nazionali e internazionali
- offrire accesso alla profilassi pre-esposizione
- Diventare da subito parte attiva del percorso di cura
- offrire privacy, confidenzialità e un'assistenza psicologica più immediata e personalizzata
- mostrarsi come struttura diversa dall'ambiente ospedaliero che ha connotazioni psicologiche negative spesso causa di difficoltà, malessere o perfino abbandono della cura/di rispettare il continuum of care
- essere community based, anche in vista di futuri risultati che possano essere indicatori della qualità della vita a lungo termine
- affrontare le problematiche dell'invecchiamento fisiologico o delle co-patologie in un ambiente che aiuta a prevenire l'isolamento e mantiene la persona collegata ai propri contatti sociali.