

Il dove e il come

EDITORIALE
di Fiore Crespi
presidente
nazionale
Anlaids



Insieme alla ricerca, la prevenzione è l'altra strada maestra per sconfiggere l'Aids. L'Anlaids è sempre stata in prima linea nella ricerca di modi sempre più efficaci per trasmettere un'educazione alla prevenzione dei comportamenti sessuali rivolgendosi soprattutto ai giovani e agli studenti. Negli ultimi tempi quest'opera prioritaria assume per tutti noi una grande importanza e nello stesso tempo rappresenta una sfida legata al "dove e come". La scuola è il luogo dove più è possibile comunicare con i giovani e dove è maggiore la concentrazione delle categorie generazionali a rischio, già impegnate in percorsi di apprendimento, di conoscenze curri-

HIV E CARCERE - INTERVISTA AD ANDREA FRANCESCHINI, SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA E SANITÀ PENITENZIARIA

Il virus non conosce prigionieri

Non è facile indagare su come si svolge la vita nel mondo delle carceri. E per chi si occupa di Hiv e Aids, non avere informazioni affidabili significa non poter pianificare interventi efficaci. Prendiamo il caso dei cosiddetti interventi di "riduzione del danno" che prevedono la distribuzione di profilattici e siringhe sterili per evitare la diffusione

del contagio. Sono fattibili ed efficaci se applicati in carcere? Il ministro della Salute **Ferruccio Fazio**, nell'intervista pubblicata nel numero di dicembre scorso di *Anlaids ByMail*, sostiene che questi sono "poco fattibili" e capaci di determinare "diverse controindicazioni"; al contrario, la presidente della Lila **Alessandra Cerioli**, nella lettera di risposta apparsa nel numero scorso della newsletter di Anlaids, difende i programmi di riduzione del danno citando studi ed esperienze che ne confermano l'efficacia.

Ma qual è l'esperienza delle persone che quotidianamente frequentano per lavoro le carceri italiane? Lo abbiamo chiesto ad **Andrea Franceschini**, presidente onorario della Società italiana di medicina e sanità penitenziaria onlus. Franceschini opera come medico da molti anni all'interno del carcere Regina Coeli di Roma: "È difficile presentare un quadro completo della situazione nazionale - spiega - dal 14 giugno 2008 è entrata in vigore la riforma che assegna al Sistema sanitario nazionale la tutela della salute nelle carceri italiane, sino ad allora compito del ministero della Giustizia. Ma l'applicazione di questa riforma è incompleta: ad oggi, ci sono delle realtà regionali, come il Piemonte o l'Emilia Romagna che sin da subito si sono attrezzate per organizzare l'assistenza alle persone detenute, altre in cui la riforma è in corso e altre ancora dove non si è fatto nulla".



attrezzate

Esistono dati sulla diffusione dell'infezione da Hiv nella popolazione detenuta?

Si stima che circa il 7-10 per cento delle persone detenute abbia contratto l'infezione da Hiv. Si tratta di una stima perché il test non è obbligatorio e quindi ovviamente non raggiunge chiunque. Diciamo che riusciamo a testare all'incirca il 60% dei detenuti, e fra questi la prevalenza è del 7-10%.

Che tipo di assistenza sanitaria ricevono queste persone?

Esistono molte realtà di tipo diverso. In molti casi, però, i penitenziari attivano un contatto con le strutture che, nell'organizzazione nazionale prevista dal ministero della Salute, sono preposte alla diagnostica e all'assistenza per l'infezione da Hiv, cioè i centri specialistici del territorio. A Regina Coeli, ad esempio, ave-

[continua a pag. 2](#)

colari e, vogliamo credere, di competenze sociali. Tuttavia a volte è proprio lo spazio scuola che, se da una parte è luogo privilegiato per trasmettere contenuti preventivi, d'altra parte si pone come luogo dove la comunicazione interno-esterno non sempre è agevole e accettata.

Il come operare l'educazione alla prevenzione ci pone spesso dilemmi di tipo organizzativo anche al nostro interno dove è importante recepire la qualità di un unico progetto nazionale scuole. Occorre anche curare le relazioni necessarie

per far passare e comprendere il nostro messaggio ai vertici delle istituzioni, che possono aiutarci ad avere la giusta ricaduta a livello locale. Infatti il momento organizzativo dell'incontro tra i nostri esperti e gli operatori scolastici deve essere molto ben costruito perché spesso la scuola non favorisce questa organizzazione; in realtà si vive ancora troppo spesso questo momento educativo sull'Aids e le malattie sessualmente trasmesse come un'informazione altra, separata dalla realtà culturale dei programmi scolastici, quindi totalmente delegata agli operatori esterni o a quegli insegnanti,

continua a pag. 3

HIV E CARCERE

continua da pag. 1

vamo una convenzione tra Provveditorato e Regione Lazio per l'utilizzo delle competenze dell'Istituto Spallanzani. Così, settimanalmente a Regina Coeli e anche a Rebibbia veniva un consulente dello Spallanzani a fare le visite. Al momento del passaggio delle competenze, la convenzione è stata ripresa dalla Asl Roma A e rinnovata sia per l'anno scorso che per quest'anno.

Nella sua esperienza a Regina Coeli, che tipo di atteggiamento ha riscontrato nelle persone detenute verso la terapia? Riescono a seguire adeguatamente le prescrizioni?

Sì, generalmente seguono bene la terapia. Anche perché a Regina Coeli abbiamo avuto delle attività di formazione e informazione per i detenuti sull'infezione da Hiv. Negli anni scorsi, con il Provveditorato agli studi, che organizza i corsi di alfabetizzazione e di formazione nel nostro istituto, avevamo inserito il corso di educazione sanitaria all'interno del quale sono intervenuti anche membri di Anlaids per trattare tutti gli aspetti inerenti l'infezione da Hiv. È un'iniziativa che ha dato ottimi risultati anche nelle percentuali di adesione al test. Certo ci sono anche molte difficoltà; nel nostro istituto, ad esempio, abbiamo un gran ricambio di pazienti ed è quindi difficile poter valutare l'iter assistenziale nel suo complesso.



Le terapie che vengono fornite sono di qualità pari a quelle disponibili per tutti i cittadini?

Dal momento che è l'Istituto Spallanzani a prescrivere e anche a fornire le terapie, che provengono dalla farmacia dell'Istituto, sono esattamente le stesse opzioni terapeutiche che sono disponibili per coloro che sono in cura allo Spallanzani. In questo campo c'è un'equiparazione totale.

Parliamo di prevenzione: strumenti quali preservativi o siringhe sterili sono disponibili anche per le persone detenute?

La prevenzione negli istituti carcerari, in mancanza di regolamentazione normativa che faccia chiarezza su strumenti come la distribuzione di preservativi o siringhe sterili, vede come scelta prioritaria l'informazione sulle modalità per evitare il contagio. Sulla possibilità di fornire ai detenuti profilattici o siringhe si dibatte molto, ma è un dibattito di tipo filosofico che non sfocia in alcuna proposta normativa. In mancanza di una norma in proposito, non può essere fatta alcuna iniziativa in questo senso.

Lei personalmente pensa che sarebbe utile distribuire condom e siringhe nelle carceri?

Ho un atteggiamento molto realistico: le occasioni di contagio in carcere ci sono e, dal momento che non si tratta di prevenire un'influenza ma una patologia molto grave, credo che vada fatto tutto quello che si può fare, sia nel campo della prevenzione che in quello della riduzione del danno. Ho avuto la possibilità, in occasione di

vari congressi internazionali, di conoscere la realtà in altri paesi europei come il Portogallo o la Francia; nel carcere di Lione, ad esempio, accanto alla porta dell'infermeria c'è un contenitore di profilattici e di siringhe sterili cui tutti i detenuti possono attingere anonimamente. Certo per attivare queste iniziative è necessario un cambiamento culturale: bisogna agire certamente sulla consapevolezza, informando sulle modalità di trasmissione e sui comportamenti più sicuri, ma anche puntare alla sicurezza, limitando i rischi.



molto speciali, che se ne vogliono fare personalmente carico. L'Anlaids vorrebbe coinvolgere tutti gli attori e non solo: anche dopo gli interventi formativi tendiamo a non lasciare in solitudine le scuole visitate ma ne seguiamo i lavori successivi e la crescita dei progetti elaborati fino al bando nazionale ed i premi selezionati da esperti della materia. Con le modifiche della realtà scolastica registrate negli ultimi anni, esiste anche la necessità di prestare grande attenzione ai percorsi di comunicazione interculturale.

HIV E CARCERE – CARMINE FALANGA, ANLAIDS LOMBARDIA

Uno sguardo dietro le sbarre

Si sa poco e si interviene ancora meno. La realtà dell'infezione da Hiv e dell'Aids in carcere rispecchia la percezione che ancora oggi si fa dell'ambiente penitenziario come un mondo chiuso, a sé stante e con nessuna o poche relazioni con la comunità circostante ed il territorio. Il progetto *In and out europeo*, promosso da Anlaids e Network persone sieropositive insieme ad altri dieci partner europei,



è nato proprio per mettere insieme e rendere più disponibili tutte le informazioni relative al fenomeno Hiv/Aids nelle carceri, offrendo un confronto aperto ed uno scambio di buone prassi tra alcune città europee sulle esperienze di supporto alle persone sieropositive in stato di detenzione ed in uscita dalla struttura penitenziaria.

La chiave: scambiare informazioni

Il progetto è stato organizzato per dare ai diversi partner la possibilità di confrontarsi sulle esperienze in campo, prendendo le definizioni di buone prassi e definendo anche alcuni indicatori operativi che possono facilitare l'intervento sia nelle prigioni che sul territorio durante il periodo di passaggio e, quindi, di rilascio della persona dal carcere alla condizione di libertà, in modo da favorire i processi di riabilitazione.

Gli obiettivi del progetto sono stati la creazione di una rete europea sul tema dell'intervento specifico per persone sieropositive nelle carceri e per il loro reinserimento, la raccolta dati epidemiologici negli istituti coinvolti nel progetto, l'identificazione delle buone prassi presentate dalle città partner, confronto sulle esperienze di sostegno in carcere e reinserimento di persone sieropositive detenute per favorire l'aderenza alle terapie e il passaggio di cura tra strutture del carcere e territorio, e la sperimentazione di progetti innovativi per

il reinserimento di persone Hiv+.

A questo fine sono state raccolte informazioni, attraverso questionari, interviste, interviste semi-strutturate con operatori sociali, sanitari, operatori (tra cui pazienti Hiv/Aids ex detenuti) che lavorano abitualmente nel campo, con il collegamento con le varie esperienze ed iniziative. I risultati sono stati quindi condivisi in occasione di tre seminari svoltisi a Bucarest, Barcellona e Roma tra maggio 2007 e maggio 2008.

Lo screening è un'urgenza

A conclusione dei tre seminari, il gruppo di lavoro internazionale ha espresso sostegno ai contenuti della Dichiarazione di Dublino sull'Hiv/Aids in carcere in Europa e nell'Asia Centrale e hanno proposto alcune raccomandazioni su diverse aree. A partire dallo screening: uno studio sierologico condotto in collaborazione tra il Di-

zione interculturale. È sempre più numerosa la presenza di alunni considerati stranieri, anche se nati in Italia, che frequentano le nostre scuole ed è sempre più complessa la comunicazione che deve essere elaborata per poter far presa su situazioni culturali diverse, a volte non comprese dal nucleo familiare. La sfida alla complessità sociale è quindi il prossimo obiettivo dell'educazione alla prevenzione che Anlaids vuole svolgere sul territorio nazionale e regionale. Tale opera suscita sempre un notevole interesse nelle scuole ma esige che sempre più ci si trovi ad operare in sinergia tra agenzie formative del territorio, associazioni ed istituzioni.

Non ultimo scoglio, è sempre più osservabile una difficoltà comunicativa sui temi dell'educazione sentimentale e della prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio. Nel colloquio tra giovani e adulti, siano essi genitori o insegnanti, questa difficoltà è dovuta ad una solitudine in cui vengono a trovarsi entrambi gli interlocutori, bloccati proprio nella comunicazione interpersonale. Su questi temi sarebbe importante porre una figura che funga da "mediatore culturale" che con delicatezza, competenza e responsabilità aiuti adulti e giovani a parlare di educazione all'affettività e alla sessualità con serenità e senza pregiudizi. Per me questa è l'Anlaid, che si impegna sempre di più e sempre meglio in quest'opera di mediazione cercando di trasmettere consapevolezza, tranquillità e non ansia, competenza e non approssimazione, sicurezze e non ambiguità, partecipazione e non isolamento.



HIV E CARCERE

continua da pag. 3

partimento di amministrazione penitenziaria (Dap), l'Istituto Superiore di Sanità, le Università di Sassari e Roma "Tor Vergata", su 1.620 detenuti presenti in 14 istituti penitenziari rappresentativi del 14,6% della popolazione detenuta nazionale, ha rilevato una prevalenza di detenuti sieropositivi pari al 7,5 per cento con tasso di esecuzione del test pari all'82,4%; in una precedente indagine del Dap, in cui la copertura del test di screening era solo del 37,7%, la percentuale di sieropositività rilevata era 2,2: questi dati suggeriscono che l'incremento dell'offerta e dell'esecuzione dei test in carcere porta all'emersione del dato sommerso.

Peer education e riduzione del danno

Nel campo della prevenzione, le buone prassi emergenti dal progetto, dall'esperienza del progetto Italiano *In and Out* di Nps e dalle varie esperienze spagnole dimostrano che l'educazione tra pari è uno dei principali strumenti per la prevenzione delle infezioni da Hiv, Hbv e Hcv tra i detenuti.

Largo spazio è stato dato anche ai programmi basati sulla cosiddetta "riduzione del danno". Parlare realisticamente di salute in carcere significa innanzitutto tenere presente che quasi la metà dei detenuti ha tra i 25 e i 39 anni. Non ci si deve nascondere, allora, la reale portata dei problemi di vita affettiva e sessuale: secondo i dati di un'inchiesta nelle carceri penali condotta da De Deo e Bolino e presentata nel libro *Il sesso nelle carceri italiane* (Feltrinelli), circa il 70-80% dei detenuti consumerebbe rapporti omosessuali durante il periodo della detenzione.

Droga in cella

C'è poi la questione legata al consumo di droghe: le droghe circolano anche in carcere e molto spesso per le sostanze iniettabili le modalità di consumo sono ad alto rischio, non essendo disponibili gli strumenti che evitino il diffondersi di infezioni. Di fronte al muro insuperabile che vieta la distribuzione in carcere di siringhe e profilattici, gli interventi di riduzione dei rischi e dei danni (laddove presenti) si limitano ad attività di informazione e aumento delle abilità nelle pratiche sicure. Eppure importanti esperienze sullo distribuzione di siringhe sterili sono state riportate nelle prigioni spagnole, portoghesi, tedesche e svizzere. Molti studi hanno dimostrato l'efficacia di questi interventi, e soprattutto che non si sono presentati effetti negativi come una maggior diffusione dell'uso di droghe o l'uso delle siringhe in modo improprio o come arma.

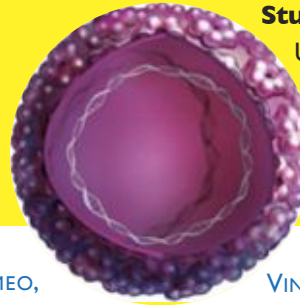
A livello internazionale molte nazioni suggeriscono interventi di riduzione del danno che riguardano trattamenti sostitutivi con metadone o altre sostanze, programmi di scambio di siringhe, programmi di distribuzione dei condom secondo la Dichiarazione di Dublino e il sesto principio della dichiarazione stessa. I primi interventi in Europa risalgono al 1992/1993: in tale periodo sono stati attivati interventi in Svizzera, tutt'ora presenti in sette prigioni. Nel 1996 è stato attivato un intervento pilota in Germania, attualmente in uso in sette prigioni. Caso molto interessante riguarda la Spagna, in cui nel 1997 è stato approvato un programma in 69 prigioni. Per arrivare nell'Europa dell'est non è passato nemmeno un decennio: sono stati avviati nel 1999 interventi in Moldova in sette prigioni, nel 2002 nel Kirghizistan in 11 prigioni. Solo nel 2007 sono stati attivati interventi di scambio siringhe in Armenia, in Bielorussia, Iran e Lussemburgo, mentre sono tutt'ora in corso programmi di sviluppo in Belgio, Portogallo, Ucraina, Polonia e Scozia.



Studio su molecola che blocca la trasmissione HIV a livello mucosale

Una molecola frutto dello studio di Anna Bernardi e Mario Clerici, del Dipartimento di Chimica organica e industriale dell'Università di Milano, in collaborazione con Javier Rojo, del CSIC di Siviglia, e Franck Fieschi, dell'IBS di Grenoble, sembra essere in grado di bloccare la trasmissione del virus dell'HIV a livello mucosale. I risultati preliminari pubblicati in questi giorni dall'ACS Chemical Biology indicano una buona efficienza contro ceppi virali diversi e pongono le basi per lo sviluppo e l'ottimizzazione di nuovi farmaci antivirali ad uso topico. Ideata per

mimare gli zuccheri presenti sulla superficie del virus, la molecola descritta nel lavoro blocca la proteina DC-SIGN presente nelle cellule dendritiche del sistema immunitario ospite. È proprio la proteina DC-SIGN infatti a trasformare le cellule dendritiche - che agiscono da sentinella contro i microrganismi penetrati attraverso le mucose - in "complici" del virus attraverso il riconoscimento di alcuni carboidrati presenti sulla sua superficie a cui si lega propagando l'infezione nel corpo.



HPV – DI GABRIELLA D'ETTORRE, GIANCARLO CECCARELLI, MARILEDA INDINNIMEO,

VINCENZO VULLO - UNIVERSITÀ LA SAPIENZA, ROMA

L'infezione anale da papillomavirus

Il ruolo del papillomavirus (HPV) nel carcinoma della cervice uterina è ampiamente conosciuto. Meno nota l'importanza di questo virus nel carcinoma anale, sia maschile che femminile. Nell'articolo che segue la dottoressa G. D'Ettore, che coordina il servizio di screening e trattamento dell'HPV anale nelle persone HIV+ presso il Policlinico Umberto I di Roma, chiarisce gli aspetti epidemiologici, patogenetici e clinici di questo problema.

Lo Human Papilloma Virus (HPV), è un virus ampiamente diffuso a livello della popolazione generale, infatti si stima che il 75% della popolazione adulta e sessualmente attiva acquisisca durante la propria vita un'infezione da HPV-correlata. La fascia d'età compresa fra 20 e 40 anni è attualmente quella in cui più frequentemente viene diagnosticata l'infezione e il numero di partner sembra essere il principale fattore di rischio per il contagio.

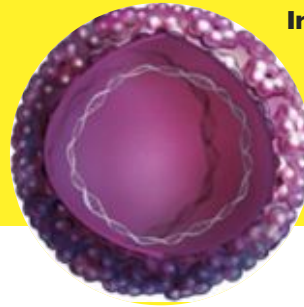
La più comune modalità di trasmissione è rappresentata dai rapporti sessuali vaginali o anali con partner portatori del virus. Si ritiene per altro che anche i rapporti sessuali orali o manuali possano essere vie di trasmissione efficaci. Recentemente è stato osservato che la via sessuale non è l'unica modalità attraverso cui il virus viene trasmesso: una possibile via di contagio è quella indiretta mediante l'uso comune di asciugamani e biancheria. Tuttavia si ritiene che gli oggetti possano essere veicolo di contagio solo in tempi ristretti giacché il virus non sembra sopravvivere a lungo nell'ambiente esterno. La trasmissione verticale dell'infezione da HPV invece è poco comune e la persistenza dell'infezione nel neonato è un'evenienza rara.

Da un punto di vista biologico l'HPV appartiene al gruppo dei Papovavirus ed è classificato in oltre 100 tipi di ceppi diversi. È un virus a DNA circolare composto da un capsido icosaedrico con diametro di 50-55 nm formato da 72 capsomeri e privo di involucro pericapsidico. Il genoma del virus, costituito da circa 8000 paia di basi, è suddiviso in una regione di controllo (LCR), in una regione precoce "Early" e una regione tardiva "Late". La regione "Early" è costituita sia da geni che regolano i meccanismi di trascrizione e replicazione del virus (E1-E2-E4-E5) sia da geni con una potenziale attività oncogena (E6-E7). La regione "Late" (L1-L2) codifica per le proteine strut-

turali del capsido virale. La regione LCR invece contiene elementi regolatori per la trascrizione e la replicazione. Nel ciclo di replicazione virale un passaggio chiave è rappresentato dalla possibile integrazione del DNA virale nel genoma della cellula ospite. Il genoma dell'HPV, che come detto è circolare, per essere integrato nel DNA della cellula ospite si rompe in corrispondenza del gene E2, che viene danneggiato in modo permanente. Ciò risulta essere molto importante in quanto E2 ha la funzione di limitare la produzione di E6 ed E7; infatti, in assenza della proteina E2, la produzione di E6 ed E7 aumenta notevolmente determinando un elevato tasso di divisione cellulare nell'epitelio infettato e quindi una maggiore probabilità di trasformazione oncogena.

I papilloma virus possiedono uno tropismo esclusivo per gli epitelii pluristratificati dell'ospite. La storia naturale dell'infezione da HPV inizia con la penetrazione del virus nell'epitelio attraverso microabrasioni e raggiunge, infettandole, le cellule dello strato basale. All'interno dell'epitelio squamoso stratificato si verifica la replicazione attiva. A questo livello si replicano nel nucleo cellulare dando luogo a carat-

[continua a pag. 6](#)



Individuata la struttura dell'integrasi

La esatta struttura dell'enzima integrasi, fondamentale nel processo di replicazione virale, è stata individuata per la prima volta dai ricercatori dell'Imperial College di Londra in collaborazione con l'University of Harvard di Boston. Anche se la ricerca farmaceutica è da tempo riuscita a individuare sostanze in grado di inibire questo enzima, le modalità del loro funzionamento erano solo ipotizzate. Ora la speranza degli studiosi è che l'identificazione dell'esatta struttura tridimensionale dell'enzima costituisca un passo in avanti per la realizzazione di farmaci ad hoc contro l'Hiv.

HPV – DI GABRIELLA D'ETTORRE, ROMA

continua da pag. 5

teristiche lesioni citologiche come la presenza di alone coilocitico, di discheratociti, di bi-multinucleazione e la formazione di coilociti. I coilociti identificano cellule profondamente lese dal virus, ma comunque vive ed infettanti; il loro sfaldamento dalla sede dell'infezione primaria e il successivo contatto con altre zone del tratto genitale determina un trasporto metastatico dell'infezione. La storia naturale dell'infezione è fortemente condizionata dall'equilibrio che si instaura fra ospite ed agente infettante: l'infezione può regredire, persistere o progredire. Dal punto di vista clinico il Papilloma Virus ad oggi è stato riconosciuto essere responsabile di un ampio spettro di patologie, sia benigne che maligne, a carico della cute e delle mucose dell'area oro-faringo-laringea e ano-genitale. L'infezione genitale da HPV spesso è asintomatica, senza lesioni clinicamente evidenti ma evidenziabili solamente con la diagnostica citologica e con indagini di biologia molecolare. L'80% circa delle infezioni sono transitorie, asintomatiche e guariscono spontaneamente; tuttavia, quando divengono sintomatiche, si manifestano in forme polimorfe che vanno dal classico condiloma acuminato alle forme subcliniche papulomatose e maculari. Oltre alle lesioni condilomatose, si ritiene che il virus sia responsabile anche di neoplasie, infatti è stato riconosciuto come causa del 100% dei tumori della cervice uterina, del 90% dei tumori anali, del 12% di quelli della vulva, vagina e pene, del 12% di quelli orofaringei e del 3% delle neoplasie del cavo orale. Proprio in relazione alla loro capacità di determinare neoplasie i tipi di HPV sono stati suddivisi da un punto di vista clinico in "a basso rischio", che

danno luogo a condilomi genitali, verruche, papillomatosi laringea, e ad "ad alto rischio", implicati nella carcinogenesi dei tumori del collo dell'utero e di altre mucose. Nel caso del carcinoma della cervice uterina è stato infatti documentato che il DNA dell'HPV è presente nel 99.7% dei carcinomi cervicali e che l'infezione persistente con HPV oncogeni è la condizione necessaria per l'evoluzione a carcinoma. Da un punto di vista epidemiologico il carcinoma della cervice uterina rappresenta attualmente una vera e propria emergenza sanitaria: è il secondo tumore maligno più frequente nella donna, con circa 500.000 nuovi casi annui stimati, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. Anche a livello anale il cancro invasivo spesso risulta essere strettamente correlato all'infezione da parte di sierotipi di HPV ad elevato rischio oncogeno. La sua incidenza, bassa nella popolazione generale, è maggiore nelle persone immunodepresse come quelle trapiantate o affette da HIV.

La constatazione dell'associazione biologica neoplasia-HPV ha indotto ad adottare negli anni più recenti metodiche di screening che hanno premesso di ridurre in modo sostanziale l'incidenza delle neoplasie ano-genitali HPV correlate. Attualmente un semplice prelievo citologico, effettuato mediante pap-test cervicale o *brushing* anale, è sufficiente per la diagnosi dell'infezione da HPV anche quando non sono presenti lesioni cliniche manifeste. A livello terapeutico attualmente non esistono farmaci antivirali efficaci contro il virus HPV. La terapia principale è l'escissione diretta delle lesioni visibili attraverso le tecniche di diatermocoagulazione, crioterapia con azoto liquido, laser CO₂ ecc. Anche le terapie topiche come podofillina al 20%, interferone, retinoidi, acido tricloroacetico, lattoferrina, imiquimod crema al 5% vengono utilizzate sebbene i risultati non siano sempre efficaci. I vaccini terapeutici sviluppati finora non hanno dato risultati eccellenti. Al contrario, numerosi vaccini profilattici, attivi sui principali ceppi oncogeni, si sono dimostrati efficaci nel prevenire l'infezione. La vaccinazione è indicata prima dell'inizio dei rapporti sessuali ed è particolarmente vantaggiosa perché induce una risposta immune in oltre il 90% delle vaccinate e quindi un'efficace protezione prima di un eventuale contagio da HPV. La disponibilità futura di questi vaccini costituisce pertanto una grande opportunità di prevenzione;

tuttavia al momento attuale lo screening dell'infezione da HPV rimane la principale risorsa a disposizione della popolazione generale e del medico nella prevenzione dei tumori anali HPV-correlati.

Undetectables 2010, 12-13 marzo

L'edizione 2010 del seminario annuale organizzato da Nadir onlus per aggiornare gli attivisti sulle più scottanti questioni scientifiche si terrà al Centro congressi Cavour il pomeriggio del 12 e la mattina del 13 marzo. Interverranno tra gli altri Giovanni Guaraldi della Clinica metabolica di Modena, Andrea Antinori dello Spallanzani di Roma, Raffaele Visintini del San Raffaele di Milano e Giulio Maria Corbelli, ufficio stampa di Anlaids.

Dalle sedi regionali

NAZIONALE

Ricerca su Hiv sul luogo di lavoro

Perché la maggior parte delle persone sieropositive non dichiarano il loro stato sul luogo di lavoro? È vero che farlo porterebbe a probabili discriminazioni? Quanti perdono il lavoro o subiscono un ambiente ostile per il fatto di vivere con l'Hiv? Ad oggi non ci sono ricerche approfondite che riescano a quantificare il fenomeno delle discriminazioni delle



persone sieropositive sul luogo di lavoro. Per questo, Anlaids, insieme con Nadir, Lila e Nps, sostiene la ricerca in questo campo lanciata da Cgil Roma e Lazio e sostenuta anche da Cgil nazionale. Il lavoro sarà articolato in due fasi; nella prima fase si prevede la somministrazione di un questionario a circa 100 lavoratori e lavoratrici sieropositive e, in base al riscontro ottenuto, si metterà a punto una versione migliorata del questionario da sottoporre, nella seconda fase, a circa 1.000 persone con Hiv che lavorino o abbiano lavorato. Il questionario, assolutamente anonimo, può essere scaricato al link:

http://www.lazio.cgil.it/nuovidiritti/filelist_download.asp?id=11

e, una volta compilato, deve essere rinviato all'indirizzo aids lavoro@gmail.com.

FRIULI-VENEZIA GIULIA

Gecat 2010: tumori nell'era dell'Hiv

L'incremento della durata della vita dei pazienti Hiv-positivi, i virus oncogeni in essi presenti con maggior frequenza e le abitudini di vita a rischio (fumo, abuso di alcol), hanno fatto dei tumori la prima causa di morte nei pazienti Hiv-positivi. Per fare fronte a questa situazione, già dal 1986 l'Istituto Nazionale Tumori di Aviano si occupa in prima linea dello studio dei tumori in Hiv/Aids coordinando un gruppo nazionale, supportato dal ministero della Salute, denominato GICAT (Gruppo Italiano Cooperativo Aids e Tumori). Di recente, è stato attivato anche un gruppo di studio analogo a livello europeo, il GECAT (Gruppo Europeo Cooperativo Aids e Tumori), con ricercatori da Francia, Spagna, Germania,



da sinistra a destra: J.A. Sparano, M. Maroncelli (Vicepres. Anlaids Fvg), M. Spina, U. Tirelli (Pres. Anlaids Fvg)

Inghilterra, Austria e Stati Uniti, sempre sotto il coordinamento dell'Istituto di Aviano. Questo gruppo di studio internazionale ha organizzato giovedì 14 e venerdì 15



da sinistra a destra: J.A. Sparano, M. Bower, M. Spina, J.M. Ribera, U. Tirelli, J.L. Díez-Martin

g e n n a i o presso il Centro di Riferimento Oncologico dell'Istituto Nazionale Tumori (Aviano) il convegno internazionale: "Tumori nell'era dell'Hiv", con il patrocinio di Anlaids Friuli-Venezia Giulia, del GICAT, dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Pordenone e della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia. Secondo Umberto Tirelli, direttore del Dipartimento di Oncologia medica dell'Istituto Nazionale Tumori - Aviano (PN), è necessario invitare tutte le persone Hiv-positivo a desistere da abitudini pericolose come il fumo di sigaretta e l'abuso di alcol e d'altra parte invitare queste persone ai programmi di diagnosi precoce che valgono anche per la popolazione generale, in particolare quella del sangue occulto nelle feci, la retocolonosopia dopo i 50 anni e la mammografia per le donne sieropositive dopo i 50 anni. Dal punto di vista terapeutico è possibile ottenere eccellenti risultati, che includono anche la guarigione in un sostanziale numero di casi.

ISS

Accesso al test: un convegno

Si terrà il prossimo 17 febbraio presso l'Istituto Superiore di sanità il convegno "Accesso al test Hiv e modelli di intervento". Si tratta di una importantissima giornata di studi, riflessioni e considerazioni sul tema del test di screening per Hiv in Italia. Il Convegno rappresenta un importante momento di diffusione dei risultati conseguiti nell'ambito del

"Progetto di ricerca per l'individuazione e la sperimentazione di modelli di intervento atti a migliorare l'adesione al test di screening Hiv attraverso il contributo delle associazioni facenti parte della consulta di lotta all'Aids", promosso dal ministero della Salute.



IL CORROSIVO

Arriva il condom antistupro

Fin dove ci si può spingere per punire i criminali? Sembra essere questa la domanda sottintesa in una inquietante notizia proveniente dal Sudafrica: Sonnet Ehlers, una intraprendente donna di mezza età da anni impegnata accanto alle vittime



di stupro, ha messo a punto e testato per due anni un particolare preservativo anti-violenza. Il dispositivo, denominato Rape-aXe, va inserito all'interno della vagina come un profilattico femminile; lì i piccolissimi aculei al suo interno lo aggancerebbero irrimovibilmente al pene del violentatore. Una volta agganciato, l'arnese può essere rimosso solo con un piccolo intervento chirurgico, cosa che permette di identificare il criminale. Anche se qualcuno lo considera uno strumento medievale ("uno strumento medievale per un'azione medievale", risponde la Ehlers), il preservativo antistupro è stato approvato dalle autorità sanitarie e la sua produzione verrà iniziata in Cina.

La parola ai lettori

Emergenza Hcv in carcere

Risale a più di due anni fa, precisamente all'ottobre 2007, ma è tuttora l'analisi più aggiornata sull'epidemiologia delle malattie infettive in carcere. L'ha realizzata la Società italiana di medicina e sanità penitenziaria (Simspe) con Gfk Eurisko in 25 istituti di pena italiani. Riportiamo qui di seguito uno stralcio del rapporto finale.

Il carcere è la nostra Africa. È il nostro "terzo mondo". E non solo perché è forte la presenza degli extracomunitari. È la terra dove alcuni diritti fondamentali sono solo astratti principi. Primo fra tutti il diritto alla salute. Malattie mentali, Aids, Tbc, suicidi, tossicodipendenza: i "mali storici". Adesso esplose l'Epatite virale C. Un dato è allarmante: colpisce un detenuto su tre. La malattia non si fa fermare dalle sbarre ma esce con il detenuto scarcerato o in licenza premio. E diventa un ignorato problema di salute pubblica.

Il 62 per cento dei detenuti ha una patologia che necessita di un intervento medico. Il 43,5 per cento di questi ha problemi psicologico-psichiatrici e il 28,3 per cento ha una malattia virale cronica. Tra le malattie virali croniche l'Epatite C è al primo

posto: coinvolge circa un quarto dei detenuti di quelli presenti negli Istituti penitenziari analizzati dall'indagine. L'Epatite C dilaga ma non sempre i detenuti ricevono le cure adeguate: infatti,



solo la metà dei detenuti viene messo subito in terapia e, fra questi, un quarto dei pazienti non accetta la terapia. Un terzo dei pazienti in trattamento sospende la cura prima del previsto. Questo significa che su cento detenuti con Epatite C sono 74 quelli che non seguono alcuna terapia o la interrompono prima. Eppure, nonostante il detenuto sia un paziente "difficile", la metà dei medici coinvolti dall'indagine GfK-Eurisko affermano che i risultati della terapia dell'Epatite C ottenuti in

carcere sono migliori di quelli ottenuti in comunità grazie al fatto che c'è la possibilità di seguire meglio il paziente/detenuto. Il carcere, quindi, è "un'occasione" mancata di terapia.

inviate
i vostri interventi
all'indirizzo
anlaids@anlaids.it
saranno pubblicati
in questa
pagina

Il nuovo iter per il riconoscimento dell'invalidità civile

Partiamo dal quadro generale relativo all'invalidità civile, tema spesso "maltrattato" mediaticamente, riferendoci ai dati del 2006, gli ultimi disponibili per fare un confronto nell'Europa dei 27.

foto di Olga Pohankova



Fino al 31 dicembre 2009	Dal 1 gennaio 2010
<p>Trasmissione cartacea dei singoli fascicoli tra Asl e sedi Inps</p> <p><i>Accertamento sanitario, verifica e concessione</i> Certificato cartaceo del medico di famiglia da consegnare alla Asl di residenza con la domanda; la data protocollata è l'inizio dell'iter. Per la visita sono previsti tre mesi di attesa (in realtà variano da Asl a Asl e l'obbligo normativo è ambiguo perché recita "fissare la visita" e non effettuare); complessivi nove mesi per convocazione + visita + elaborazione verbale, ad esclusione dei pazienti oncologici in terapia per i quali è prevista una procedura di urgenza. Dopo la visita la Asl invia il verbale all'Inps per la verifica (non sono fissati dei tempi), entro 60 giorni l'Inps lo rimanda approvato alla Asl. La Asl lo invia all'interessato. Per la concessione e l'erogazione sono previsti ulteriori 180 giorni.</p> <p><i>Tempi di attesa</i> 17/18 mesi se tutti i termini vengono rispettati. Il tempo medio attuale riferito dall'Inps, a livello nazionale, è di 11 mesi e 11 giorni.</p>	<p>Sistema informatico di trasmissione, unico per tutto il territorio nazionale</p> <p><i>Accertamento sanitario, verifica e concessione</i> Il medico di famiglia trasmette telematicamente il certificato all'Inps, il cittadino presenta domanda all'Inps via telematica (chi non è in grado può rivolgersi ai patronati); la domanda si abbina al certificato medico già inviato e si genera il numero del dossier e la data della visita, entro 30 giorni. Le commissioni mediche Asl sono integrate da un medico dell'Inps per garantire omogeneità di giudizio in tutte le sedi. Il giudizio unanime espresso dalla commissione, il verbale viene redatto in formato elettronico e inviato alla Centro Medico Legale dell'Inps che, tempestivamente, potrà validare il verbale stesso; se il giudizio non è unanime il Cml può, entro 10 giorni, acquisire la certificazione sanitaria o predisporre una nuova visita all'Inps con lo specialista della patologia. A conclusione dell'iter sanitario l'Inps invia al cittadino un verbale integrale ed uno ad uso amministrativo (senza la diagnosi)</p> <p><i>Tempi di attesa</i> Complessivamente 120 giorni.</p>

L'Italia spende il 25,7 per cento del proprio prodotto interno lordo (Pil) per le prestazioni di protezione sociale che includono previdenza, sanità e assistenza; scomponendo il dato emerge che la spesa complessiva per le pensioni di invalidità, gli assegni di accompagnamento e le indennità (di frequenza per minori) rappresenta una quota marginale, l'1,5%, collocando il nostro paese al disotto della media europea pari al del 2,0%.

Chi spende di più sono la Svezia (4,5%), la Danimarca (4,2%), la Finlandia (3,2%), il Portogallo (2,4%); spesa più bassa per Cipro (0,7%), Irlanda (0,9%), Lettonia (0,9%), Romania (1%). Quindi la quota di gran lunga più alta del Pil, è assorbita in grande parte da previdenza e sanità.

La consistenza numerica in Italia: ogni 100 abitanti 3,58 sono riconosciuti invalidi civili, la distribuzione tra nord, centro e sud varia, al nord il 2,91, al centro 3,73 %, al sud il 4,39%, (banca dati Inps 2008).

Dal 1° gennaio 2010 sono in vigore nuove norme che modificano l'iter procedurale per il riconoscimento dell'invalidità civile, riconoscimento al quale spesso devono ricorrere le persone con Hiv o in Aids, oltre, ovviamente, a persone con altre patologie, tutte comunque non riconducibili a cause di lavoro o di guerra.

Il cambiamento per i cittadini riguarda soprattutto la presentazione della domanda; fino ad ora questa veniva presentata alla Asl di residenza, la quale predispondeva la visita presso la commissione medica della stessa Asl, per poi inviare il verbale all'Inps per la conferma sanitaria e per la successiva

continua a pag. 10

continua da pag. 9

eventuale erogazione degli aspetti economici, qualora spettanti (con una invalidità superiore al 74% e in presenza di un reddito nullo o inferiore all'importo annuo lordo della pensione sociale). I tempi, come ben si sa, erano piuttosto lunghi e variavano molto da Asl ad Asl e da regione a regione.

Le nuove norme, per ora possiamo dirlo solo teoricamente, dovrebbero abbreviare i tempi di attesa, tempi che ora vengono fissati in maniera univoca; in tal senso l'Inps afferma di essere in grado di sostenere l'impatto di questa nuova competenza, ed è uno dei pochi enti che ha informatizzato da anni i milioni di fascicoli che gestisce. Il ministero della Salute e le Regioni nulla ci dicono circa la situazione delle Asl, ma si sa che molte tra queste sono prive di computer, navigano a vista sommerse da dossier cartacei, somigliando più agli uffici descritti dal neorealismo che ad interlocutori in grado di dialogare via etere.

La privacy sarà finalmente tutelata a livello nazionale in quanto il verbale ad uso dei diversi uffici conterrà solo i dati anagrafici e il grado di invalidità; fino ad oggi in molte Asl tale verbale veniva rilasciato solo a richiesta della persona e spesso dietro ripetute insistenze nonostante tale diritto sia stato più volte e da anni ribadito dal Garante e numerose associazioni, tra queste la nostra, abbiano svolto azioni di advocacy.

Il nuovo sistema non prevede cambiamenti nella presentazione degli eventuali ricorsi che, dal 2005, sono giurisdizionali, questo comporta un peso enorme per la giustizia civile ed una spesa non indifferente per il cittadino che deve avvalersi di avvocati e periti di parte; reiterate richieste da parte delle rappresentanze dei cittadini l'istanza di riesame. I prossimi mesi serviranno a verificare il nuovo funzionamento, individuare lacune e zone d'ombra, e presidiando il rispetto dei tempi e la tutela della privacy.

Per approfondire

Legge n. 102 del 3 agosto 2009

Circ. Inps n. 131 del 28 dicembre 2009

Circ. Inps n. 97 del 6 agosto 2009

L. n. 80 del 9 marzo 2006

L. n. 326 del 24 novembre 2003

DPR n. 698 del 21 settembre 1994

www.inps.it

I volti di Anlaids

Chi è Carmine Falanga

L'autore dell'articolo sul progetto In and out europeo pubblicato a pagina 3 e 4 è in realtà anche colui che si occupa di mettere online ciascun numero di Anlaids ByMail e di aggiornare il sito www.anlaids.org; ma in realtà il suo principale ruolo in Anlaids è di curatore dei progetti europei di Anlaids Lombardia. Si chiama Carmine Falanga, ha 32 anni appena compiuti, è laureato in Eco-

nomia Aziendale, è sposato dal 2005 ed ha un figlio di 3 anni che si chiama Raffaele. Ha iniziato a lavorare per Anlaids sui progetti europei nel 2004: "all'inizio era una sfida (per la prima volta un'Associazione italiana che si occupava di Aids si proponeva come coordinatore di progetti europei) oggi una grande opportunità per l'associazione in termini di attività intraprese e svolte: ad oggi sono ben 6 i progetti approvati. Dopo una breve esperienza nel mondo profit ho capito che il mondo che più mi apparteneva e interessava era quello associativo no profit, e quella per Anlaids è stata la scelta migliore.



 **by mail**
AnlaidsNOTIZIE

Anno 11 numero 12
febbraio 2010

Newsletter d'informazione di **Anlaids Onlus**
Associazione Nazionale per la Lotta contro l'Aids
via Barberini, 3 00187 Roma
Tel. 064820999
Fax 064821077

In attesa di registrazione presso il Tribunale di Roma

Direttore responsabile:
Giulio Maria Corbelli
giuliomcorbelli@hotmail.com

Progetto grafico: Gamca