

CON TATTI

N° 2

Realizzato dalla Lila Calabria con il contributo della Regione Calabria - Legge 45/99

Fino agli inizi degli anni '70 le tossicodipendenze e l'alcolismo costituivano un ambito di inter-

vento di chiara pertinenza medico-psichiatrica. Il distacco dalla psichiatria è avvenuto grazie ad un provvedimento legislativo - la Legge 685 del 1975 - in seguito al quale nel settore delle tossicodipendenze si sono consolidate due diverse modalità di intervento: una prettamente medica, basata soprattutto su trattamenti farmacologici di disintossicazione, ed una socio-psicologica, per lo più condotta dalle comunità terapeutiche e dalla rete delle varie Anonime, che invece escludevano quasi totalmente la possibilità di trattamenti farmacologici durante lo svolgimento dei programmi.

Nel 1990 la Legge 162, assegnando ai Ser.T. il coordinamento di tutti i trattamenti per i tossicodipendenti, ha determinato una rigida separazione (sia amministrativa che finanziaria) dai nuovi servizi psichiatrici impedendo così, nella maggior parte dei casi, di studiare ed affrontare un problema, quello della doppia diagnosi - altrimenti definita "comorbilità" o doppia patologia - che negli ultimi anni sta avendo grande rilevanza.

Ciò che si è osservato è infatti che l'utenza dei "dipendenti" sta sempre più modificandosi, evidenziando spesso correlazioni cliniche e psicosociali tra l'uso/abuso di sostanze stupefacenti (o alcoliche o farmacologiche) e le varie forme di disturbo/malattia mentale. Non è certamente un caso che l'esplosione dell'attenzione sul fenomeno doppia diagnosi avvenga in un momento storico in cui è già profondamente modificata la tipologia del "dipendente": non più e non solo il tossicodipendente classico (da eroina), ma anche tutta l'utenza, giovanile e non, legata alle cosiddette "nuove droghe" (i cui effetti non sono ancora del tutto conosciuti), il differenziarsi delle modalità di assunzione, dei luoghi identificativi con la trasgressione, le nuove culture giovanili, ecc.

A voler schematizzare, è possibile definire pazienti con doppia diagnosi quei soggetti in cui:

- il disturbo psichiatrico è primario (o preesistente) e l'abuso/dipendenza da sostanza secondario;
- il disturbo da abuso/dipendenza da sostanza è primario ed il disturbo psichiatrico secondario;
- entrambi i disturbi, psichiatrico e da abuso/dipendenza, sono primari.

Adirittura si parla di "tripla diagnosi" per quei soggetti che hanno anche sviluppato infezione da HIV.

Cos'è la doppia diagnosi

Naturalmente spesso non è affatto semplice delineare quale sintomatologia sia preesistente e più rilevante. Senza

dimenticare la tendenziale difficoltà da parte di tali soggetti non solo a riconoscere consapevolmente la propria problematica psichiatrica, ma anche ad accettare in generale il ricorso alle terapie.

L'area della doppia diagnosi è costituita da disturbi di tipo psicotico, di tipo nevrotico ed infine da gravi disturbi di personalità. In questi casi i soggetti mostrano un'esperienza interiore ed un relativo comportamento che deviano significativamente rispetto alle aspettative sociali e culturali di appartenenza, compromettendo a vari livelli le aree funzionali della vita di ciascuno: attività personali, lavoro, socialità e relazioni.

In Italia, come negli Stati Uniti, solo negli ultimi quindici anni il problema della doppia diagnosi è diventato uno dei punti cruciali del dibattito culturale psichiatrico, anche se gli studi in merito

sono ancora pochi. Per questa nuova tipologia di utenza si è cercato di dare delle risposte diversificate di intervento utilizzando gli strumenti già in possesso e cercandone di nuovi.



Anche sui versanti dell'intervento pubblico e del privato molte cose stanno cambiando: spesso negli stessi Ser.T. lavorano operatori che hanno una formazione psichiatrica e sono quindi portati ad impostare in tal senso la loro pratica, così come sono sempre più frequenti le prese in carico globali da parte dei Ser.T. e dei Servizi di Psichiatria dello stesso

Dipartimento. Anche nelle comunità pubbliche e private si cominciano ad accettare pazienti psicotici e ad ammettere l'uso di psicofarmaci durante il trattamento riabilitativo.

È necessario dunque riconoscere la necessità di attivare metodologie operative nuove: sperimentare un lavoro integrato (Ser.T., Servizi psichiatrici e comunità) e prevedere un confronto ed una formazione incrociata fra gli operatori dei vari servizi, al fine di assicurare un trattamento più attento ai bisogni della persona e, presumibilmente, più efficace.

Probabilmente resta inevitabile doversi scontrare con certi pregiudizi ancora troppo radicati: non solo nella classe medica italiana, per la quale l'utilizzo di sostanze non per scopo terapeutico è stigmatizzata moralisticamente come una perversione o come un problema sociale, ma anche in quanti ancora coltivano un atavico terrore nei confronti della malattia mentale.

C. Lio

Mariella Orsi (*fondatrice del CICA - Coordinamento Italiano delle Comunità Alloggio per i malati di AIDS; impegnata a livello nazionale ed internazionale con le diverse commissioni sull'AIDS; vice-presidente della Commissione di Bioetica della Regione Toscana; responsabile del Centro Studi e Documentazione sulle Dipendenze e AIDS - Azienda Sanitaria di Firenze*).

A colloquio con la **Dott.ssa Mariella Orsi** sulle attuali strategie politiche, locali, nazionali ed internazionali in tema di prevenzione e cura dell'**AIDS** e dell'**HIV** e sull'andamento epidemiologico mondiale

Ci sono zone molto povere della Sanità, zone per così dire "scomode". Sicuramente la maternità e l'infanzia "attirano" di più ed è anche più facile impegnare le risorse in questi settori, ma salute mentale, tossicodipendenza e AIDS sono i grandi dimenticati. La tossicodipendenza per un breve periodo è stata assolutamente sovrastimata; si potevano avere dei fondi facilmente, per cui anche chi non si occupava di droga riusciva a fare qualcosa. Pensiamo alla creazione di quelle "repubbliche" a se stanti come San Patrignano. Possiamo toccare con mano il fallimento della prevenzione dell'infezione da HIV nel nostro Paese se oggi ritroviamo in crescita i nuovi contagi.

Non fatevi influenzare dal fatto che sono diminuiti i morti per AIDS (e ciò grazie soprattutto alle terapie). Ma l'infezione è di nuovo in crescita, sia nella fascia dei 15-25 anni che in quella dei 40-50 e oltre, cioè in quelle in cui si ritiene che una persona, avendo prevalentemente un partner fisso può non aver nulla da temere. Le donne riducono l'attenzione alla contraccezione, essendo ai limiti dell'età fertile, e corrono un rischio inconsapevole. C'è inoltre una grave disattenzione sul piano della discriminazione alle persone sieropositive. Ancora oggi, a distanza di vent'anni da quando è iniziata l'epidemia, una persona non può dire "sono risultato sieropositivo", così come direbbe "mi hanno scoperto un tumore", perché se quest'ultima cosa scatena solidarietà e impegno, l'altra scatena ancora reazioni simili a quelle che avevamo vent'anni fa. Spesso nei posti di lavoro le persone tossicodipendenti sono accolte purché se ne accerti la sieropositività

(al di fuori di quanto prevede la legge), perché ancora oggi si fa questa equazione.

È vero che a livello nazionale, europeo, internazionale e mondiale il volto dell'AIDS è leggermente cambiato grazie anche all'impegno degli attivisti, (persone sieropositive ed omosessuali in America e poi via via negli altri paesi, o persone tossicodipendenti) che hanno proposto e difeso comunque una strategia della riduzione del danno.

Un aspetto molto importante - un vero cambiamento epocale - è stato quello del passaggio dalla medicina "fatta dai medici" alle strategie di sanità pubblica fatte e condivise con la popolazione. Si è capito che non si può più parlare di AIDS soltanto tra tecnici ed esperti.

Estremamente grave rimane la disuguaglianza di genere. Le donne con AIDS erano il 14,8% del nostro Paese nei primi anni; oggi rappresentano oltre il 34%, e tra le nuove infezioni arrivano ad essere anche il 40%.

Nel Nord del mondo, e anche in Italia, il contagio da madre a figlio si è arrestato grazie ad una serie di strategie che iniziano dalla profilassi con i farmaci alla donna sieropositiva in gravidanza, alla proposta del parto cesareo, all'allattamento con latte in polvere del neonato, ma queste misure preventive purtroppo non sono ancora accessibili nei Paesi del Sud del mondo.

Quanto all'uso del preservativo, come Associazioni del Volontariato presenti nella Consulta Nazionale presso il Ministero della Salute, da tre anni sosteniamo un progetto, presentato ai due Ministeri - della Salute e delle Attività Produttive - che si chiama "Tre per mezzo", cioè tre profilattici al costo di mezzo euro, ma nulla si è finora concretizzato.

Parallelamente, a noi tutti tocca il compito di fare il resto: attivare, ad esempio, quelle politiche sociali più appropriate per far capire agli uomini che il preservativo è l'unico strumento efficace per evitare tutte le malattie trasmissibili sessualmente (e non solo l'HIV) se usato correttamente.

E qui vorrei fare un richiamo al problema della vulnerabilità delle donne, le quali in tutto il mondo sono due volte e mezzo più a rischio rispetto ai maschi e l'80% di esse diventano sieropositive perché infettate dal proprio partner fisso. Per evitare gravidanze non desiderate sono state sempre le donne a prendere i contraccettivi; ed è sempre e soltanto la donna, che quando non prende precauzioni, deve poi decidere se avere un figlio o interrompere la gravidanza.

In realtà tutti noi possiamo e dobbiamo interrompere la catena dell'infezione, innanzitutto con un comportamento individuale corretto ed un'etica della responsabilità. Ciò è in nostro potere.





non viene sostanziato da altri aspetti del sociale, come l'accesso al lavoro, la casa e altre garanzie di reinserimento nella comunità sociale, non ha senso, se si continuano a perpetuare fenomeni di discriminazione ed emarginazione.

Credo che l'AIDS sia stato un fenomeno importantissimo per cambiare un certo tipo di mentalità, perché ci ha evidenziato quanto sia facile, e inconsapevole, usare discriminazione, tra noi e gli "altri", i sani e i malati, le donne e gli uomini, gli italiani e gli immigrati, ecc.

Come diceva benissimo il dottor Curia, parlare di AIDS vuol dire parlare pochissimo della malattia e parlare invece tantissimo di tutte le cause che stanno alla base del propagarsi di questa infezione, della sottovalutazione dei rischi e della difficoltà a prendere in mano la prevenzione in senso individuale e collettivo.

Le politiche nazionali e internazionali sono terribilmente simili sul problema dell'AIDS, e ce ne sono di più lungimiranti perché persone come ad esempio Vittorio Agnoletto, sono riuscite a focalizzare l'attenzione anche delle istituzioni. Una risoluzione del Parlamento Europeo ha riguardato l'approvazione di un documento che sottolinea il fatto che non solo nel mondo le persone sieropositive sono 40 milioni, ma che le ineguaglianze di genere portano a perdere intere generazioni. Se le donne muoiono, non si fanno più figli e in alcuni Paesi, in particolare del Sud del mondo, si perdono intere classi di età, oltre a perdere strategicamente sia classi dirigenti che classi operaie.

In alcuni Paesi dell'Africa una famiglia su 10 è retta da un bambino al di sotto dei dieci anni, che è diventato capofamiglia perché sono morti entrambi i genitori, e spesso questo bambino è già infettato. Nel 1995 si è notata la crescita del fenomeno nell'Est europeo, semplicemente perché per la prima volta in Russia e nei Paesi circostanti si è aperta la strada dell'accesso al test.

In Asia sono calcolate milioni di persone sieropositive e solo da quattro anni il governo ha stanziato dei fondi per l'accesso al test.

Noi abbiamo una responsabilità storica, diceva Jonathan Mann - che è stato un grande attivista e un grande studioso di Sanità Pubblica nel mondo - ed è quella di non essere scappati di fronte alla paura e al panico che questa malattia ha creato.

E l'AIDS è solo una piccola malattia se messa a confronto ad esempio con la malaria.

Tra l'altro i malati di AIDS attualmente nel nostro Paese non arrivano neanche a morire per AIDS, ma muoiono di cirrosi epatica e per una serie di concause, una serie di altre patologie. Ciò vuol dire che il miglioramento che gli infettivologi hanno realizzato con le nuove terapie, se poi

FUZEON UN INNOVATIVO FARMACO ANTI-AIDS

L'FDA (Food and Drug Administration) ha approvato l'Enfuvirtide (Fuzeon), un innovativo farmaco per il trattamento dell'infezione da HIV (AIDS).

Si tratta di un farmaco di nuova concezione che impedisce la fusione tra la cellula CD4 e il virus dell'HIV, prima che esso entri nella cellula del sistema immunitario. Il FUZEON (T-20) si somministra per via sottocutanea nella terapia di salvataggio, due volte al giorno, al dosaggio di 90 mg per ciascuna iniezione. È disponibile in accesso allargato. Associato ad almeno due farmaci a cui la persona sieropositiva è ancora sensibile (quindi non resistente), il FUZEON potrebbe risultare cruciale nella terapia di salvataggio.

Il più comune effetto indesiderato dell'Enfuvirtide è la reazione cutanea al sito dell'iniezione.

Negli studi clinici di pre-registrazione il 98% dei pazienti trattati è andato incontro a questa reazione avversa, ma solo il 3% ha dovuto sospendere il trattamento. Altri effetti indesiderati sono: cefalea, neuropatia periferica (parestesie ai piedi e alle gambe), capogiri ed insonnia.

Sono stati anche riscontrati: depressione, riduzione dell'appetito, astenia, mialgia, costipazione e pancreatite.

La maggior parte degli effetti indesiderati è risultata lieve-moderata.

Il farmaco è stato sviluppato dalle case farmaceutiche Roche e Trimeris.

Si profila all'orizzonte un ulteriore inibitore della fusione, il T-1249, attualmente in fase di studio e con modalità di assunzione forse più semplice (per via sottocutanea, una volta al giorno).

C. P.

Avete qualcosa da chiederci, suggerimenti, notizie proposte, informazioni utili???? Contattateci!!

Molti lo chiamano guanto, altri palloncino, cappuccio, condom... e mille altri sono i termini che gli sono stati dati. Chiamatelo pure come volete, ma usatelo!

Stiamo parlando del preservativo, l'unico strumento che attualmente continua ad essere l'unica barriera di difesa sicura contro tutte le malattie a trasmissione sessuale, oltre ad essere il metodo contraccettivo di barriera più usato e diffuso in tutto il mondo, vantando origini antichissime (i primi ad usarlo furono addirittura gli antichi egizi nel 1300 a.C.).

È vero... Quando si parla di amore, sesso, nuove relazioni e tutto il bagaglio di speranze e illusioni che queste comportano, è difficile pensare ad una cosa

Una difesa sempre vincente
c o s i
prosaica e spiacevole, sicuramente poco "romantica", come un'infezione a trasmissione sessuale o il rischio di gravidanze indesiderate.

Ma il preservativo non deve essere considerato una sorta di terzo incomodo, piuttosto un atto di grande responsabilità verso se stessi e il partner, un gesto che tutela la salute e la libertà sessuale di ogni individuo. La sessualità è un aspetto arricchente di ogni relazione e nessuno vorrebbe viverla come fonte di ansie e malesseri. Usare e proporre l'uso del preservativo al proprio partner è indice di maturità, e ciò vale sia per gli uomini che per le donne, per le ragazze come per i ragazzi.

I motivi per non usare il preservativo sono talmente pochi e infondati a fronte dei suoi tanti vantaggi, tra i quali: l'assenza di controindicazioni o di effetti collaterali (raramente può provocare reazioni allergiche), la facilità d'uso (anche rispetto al cosiddetto preservativo femminile, complicato da usare e "ingombrante"), la semplicità di reperimento, senza necessità di visite e ricette mediche e... naturalmente, il sollievo di non farsi invadere, dopo, da inutili dubbi e spiacevoli ansie.

Come è fatto il profilattico maschile, o preservativo? Consiste in una membrana in lattice che riproduce la forma del pene sul quale va inserito quando è in erezione, prima di cominciare la penetrazione. Il preservativo si inserisce appoggiandolo sulla punta del pene per il verso giusto, cioè quello che ne permette lo srotolamento lungo l'asta, avendo cura di stringere tra pollice ed indice il serbatoio posto sulla sommità in modo da toglierne l'aria (questo evita la possibilità di rottura durante il rapporto). Al termine del rapporto il preservativo va trattenuto con le dita alla base del pene per evitare che si sfilii e rimanga all'interno, questo perché la naturale detumescenza del pene (diminuzione di volume) dopo l'eiaculazione può comportare la perdita di adesività del profilattico e quindi il rischio di spargimento del liquido seminale appena emesso.

Ricordiamoci che ogni preservativo si usa una sola volta e con una sola persona. Dopo l'uso va gettato nei rifiuti, non per strada o nel wc, dato che non è biodegradabile.



Le immagini di questo numero sono opere dell'artista Raphael Perez (Gerusalemme, 1965).

I preservativi non sono tutti uguali, nemmeno nelle misure. Ogni modello ha una propria lunghezza, larghezza, spessore, persino colore e "aromatizzazione".

I preservativi in commercio che sono descritti come super-sottili sono spesso i meno resistenti, mentre ne esistono di appositamente studiati per resistere anche a rapporti "intensi".

Un uso corretto del preservativo prevede che ciascuno scelga quello più adatto alle proprie esigenze. I lubrificanti da associare all'uso del profilattico in lattice devono essere a base acquosa, mentre quelli a base oleosa potrebbero più facilmente logorarlo.

È importante utilizzare il preservativo sin dall'inizio del rapporto, perché nelle secrezioni emesse già prima dell'eiaculazione possono essere contenuti degli spermatozoi - naturalmente in numero assai inferiore a quelli presenti nell'eiaculato - ma sufficienti a costituire un rischio concreto di gravidanza o di contagio dalle malattie a trasmissione sessuale.

Il preservativo è uno strumento delicato che va usato correttamente e conservato con cura: lontano da fonti di calore e da oggetti taglienti che potrebbero lacerarlo o bucarlo, e come molti altri prodotti è soggetto a deterioramento (controllare sempre la data di scadenza sulla confezione).

Il preservativo usato correttamente è un mezzo efficace di prevenzione per tutte le malattie a trasmissione sessuale.

Le malattie a trasmissione sessuale (MST) sono malattie infettive che colpiscono, per lo più, la zona dei genitali e le vie urinarie, ossia l'uretra e la vescica; possono essere causate da parassiti, virus, batteri o funghi. Sono malattie che si diffondono attraverso il rapporto sessuale, intendendo con ciò tutti i rapporti in cui ci sia un contatto diretto tra le mucose, i liquidi organici, lo sperma; questo vale non solo per il coito tradizionale ma anche per i rapporti anali e quelli orali. Anche se la maggioranza di questi microrganismi ha scarsa capacità di resistenza fuori dall'organismo umano, non si può escludere che il contagio possa avvenire (anche se raramente) attraverso l'uso condiviso di oggetti personali (asciugamani, biancheria intima, ecc.).

Quali sono le più diffuse malattie sessualmente trasmissibili, dette anche malattie veneree?

Ecco un bell'elenco: Condilomi, Herpes genitale, Micosi, Sifilide, Candida, Gonorrea, Epatite B-C, Clamidia, Tricomoniassi, Piattole, Scabbia, HIV, Aids, Vaginosi batterica, Uretrite.

Molte di queste malattie possono essere curate ottenendo una completa guarigione a condizione che siano precocemente diagnosticate e tempestivamente trattate con le adeguate terapie. La terapia deve essere condotta da entrambi i partner sessuali coinvolti. Se si pensa o si ha il dubbio di aver contratto una malattia a trasmissione sessuale ci si può rivolgere ai consultori, al proprio medico o presso gli ambulatori ospedalieri che si occupano di tali infezioni.

Le malattie veneree "storiche" come la sifilide o la gonorrea, infezioni che hanno seminato il panico fino agli anni '40, con la comparsa degli antibiotici hanno oggi la stessa gravità di un comune raffreddore.

Altre patologie, ad esempio la candida, si curano tranquillamente con applicazioni locali di creme.

Altre ancora, possono essere prevenute con un vaccino: parliamo dell'epatite B.

Ma quando si parla di Hiv e Aids... la faccenda non è così semplice e tranquilla, come ben si sa.

È importante che ciascuno si interessi alla propria salute, tenendo d'occhio la comparsa di alcuni sintomi come: perdite vaginali inconsuete sia per quantità, per colore o odore; pruriti o bruciori durante la minzione; dolori durante il rapporto sessuale; la comparsa di vescicole o ulcere nella zona genitale.

E ricordiamoci che: gli altri preservativi di barriera, ad esempio quelli femminili, come il diaframma e la spirale, evitano gravidanze indesiderate, ma NON preservano dal contagio delle malattie a trasmissione sessuale. Anche i contraccettivi farmacologici (pillola che blocca l'ovulazione e pillola del giorno dopo) e tutta la serie di prodotti spermicidi (creme, gelatine, schiume) da introdurre in vagina prima del rapporto hanno come unica funzione quella di evitare la fecondazione, ma NON sono assolutamente validi nel preservare dal contagio delle malattie a trasmissione sessuale.

Proteggersi bene è facile ed è sempre opportuno!