

PERIODICO DI SOLIDARIETÀ, SPIRITUALITÀ E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE IL MOSAICO



IL MOSAICO

n° 3/2019



EDITORIALE

“... E ADESSO?
COME FACCIAMO?”

SOMMARIO

- 4 La vita è fatta di incontri, scontri e separazioni
- 6 Papa Francesco in Mozambico contro l'Aids
- 8 Il centro di cura per persone in Hiv in repubblica centrafricana
- 9 Come valutare i progressi nella lotta all'Aids
- 12 La discriminazione uccide più dell'Aids
- 13 Lettera aperta a un figlio sulla discriminazione
- 15 Il successo si misura in patate e carciofi



EDITORIALE

“... E ADESSO? COME FACCIAMO?”

di padre Mario

“... E adesso? come facciamo?”. È l’espressione che hanno usato tutti, quando sono venuti a sapere che i Superiori della Congregazione hanno chiesto a fratello Claudio di trasferirsi a Roma per aiutare la comunità nella conduzione della chiesa di Santa Maria dei Miracoli in Piazza del Popolo.

Fratel Claudio ha abitato a “Villa del pino” sin da quando era studente ed è stato tra i fondatori della Casa Famiglia per l’accoglienza delle persone in aids, svolgendo, per ventisette anni, un’attività indefessa di custodia, conduzione e manutenzione della casa e della proprietà, ma soprattutto rappresentando una figura di riferimento sempre presente e sempre disponibile per tutti: per gli ospiti, per i volontari, ma soprattutto per gli operatori.

La sua partenza significa per tutti la perdita di un riferimento solido, non solo sull’organizzazione della casa ma soprattutto sul significato che ha la presenza dei Religiosi betharramiti, nel contesto della

Casa Famiglia, impegnati nell’assistenza alle persone in aids.

Se a questo aggiungiamo che, all’inizio dell’estate, anche p. Giulio ha lasciato “Villa del pino”, per l’aggravarsi delle sue condizioni fisiche, e per essere ricoverato in una RSA, a Solbiate in provincia di Como, viene proprio da chiedersi quali siano ora i riferimenti rimasti che possano garantire la continuità dello spirito di Casa Famiglia così come l’hanno pensata e voluta i Religiosi betharramiti.

Proprio in questo particolare momento ci restituiscono tanta fiducia le espressioni usate, a suo tempo, da Pietro Barbieri, il presidente della Cooperativa CpA che da tre anni ha raccolto l’operatività della Casa Famiglia: “È sorprendente ciò che ci riserva la vita negli incontri – apparentemente fortuiti – che generano contaminazioni positive e generatrici.” Il terreno dell’incontro è stato un luogo fisico, ma soprattutto degli esseri umani e dell’a-



nima. Sulle radici di questo incontro, è cresciuta la fiducia e un atto di reciprocità profonda. Adesso che la Congregazione è in difficoltà a mantenere la sua operatività ci conforta la consapevolezza che, nell'incontro, la Cooperativa CpA abbia ben interiorizzato lo spirito di chi è stato costretto a lasciare e sia pronta a continuare la loro opera perché, come ha scritto il Presidente: "Dei padri betharramiti è immediatamente intellegibile il senso della missione verso le marginalità sociali più dimenticate, e soprattutto farlo senza discriminazioni di sorta, con l'intento di lavorare sulla dignità "inerente" ogni essere umano...". Quello che non viene meno resta quello che Pietro Barbieri ha affermato con convinzione: "È stata costruita una casa-famiglia, non un istituto. Questa scelta non è una variabile indistinta, ma una chiara direzione...".

La direzione che p. Gaspar, già Superiore Generale della nostra Congregazione, aveva ben riconosciuto: "Lavorare insieme, non creare strutture chiuse su sé stesse ma promuovere un lavoro aperto alla collaborazione, per rendere più efficace l'attività missionaria e di promozione umana e soprattutto l'annuncio del messaggio di Gesù Cristo, sta nel senso più pieno della nostra vocazione e della nostra missione.

Questo si è realizzato nella casa-famiglia di Villa del Pino."

Dunque quello che c'è da fare è certamente riorganizzarci, rivedere i piani di lavoro, colmare il vuoto che hanno lasciato p. Giulio e fratello Claudio, occupandoci di quelle che erano le loro mansioni, ma più di tutto c'è da tenere vivo lo spirito della loro presenza e il calore del loro affetto che non è andato via con loro.

Quello che c'è da fare ora è anche mettere in gioco la grossa professionalità degli operatori della Casa, per proseguire insieme nella direzione tracciata, con il contributo dell'esperienza della cooperativa e rinnovarci e cambiare e dimostrare che abbiamo capito bene l'eredità che ci lasciano p. Giulio e fratello Claudio, cosa significhi cioè non disumanizzarci, restare altissimi professionisti conservando tutta la carica di umanità che ci ha motivati sin dall'inizio.

Quello che c'è da fare è ancora continuare a testimoniare che si può parlare di accoglienza, di condivisione, nella misura in cui, a fianco di tante affermazioni di principio, restino le scelte della comunità, che devono essere rinnovate, per restare fedeli alla nostra vocazione.

LA VITA È FATTA DI INCONTRI, SCONTRI E SEPARAZIONI

Pino Taddeo
Lo psicologo di Casa Famiglia

“La vita è fatta di incontri, scontri e separazioni”. Così diceva una mia docente di un tempo, a significare come è intorno a questi eventi, quasi sempre con grandi effetti emotivi, che siamo chiamati a confrontarci con i nostri vissuti più forti. Talvolta graditi e altre volte fonte di disturbo, proporzionalmente alla loro importanza. La portata è comunque destabilizzante poiché ci costringono ad adattarci ad un nuovo corso della vita stessa, in cui si sostanzialmente si modificano le relazioni affettive.

Ma se gli incontri fanno comunque piacere, pur con un effetto di disturbo (pensiamo all'amore quando si annuncia nella sua forza travolgente) e gli scontri servono a ridefinire le regole del gioco con l'altro, la separazione rivela sempre la sua potenza: per le emozioni che l'accompagnano, per i pensieri che si susseguono, per doversi man mano adattare all'assenza dell'altro.

Nella separazione si viene avvinchiati dalla morsa del distacco affettivo, dal dolore di una relazione significativa che si spezza, dalla sensazione di sentirsi privi e privati di una fonte di rassicurazione. Quando l'altro va via, ci



si sente tendenzialmente più soli e scoperti di un riferimento altrui, anche se magari sottovalutato o non sufficientemente valorizzato finché l'altro c'è, e non si avverte la minaccia della sua perdita. Come ora ci succede per la partenza di frater Claudio. Probabilmente perché lui è percepito da

tutti come una persona incastonata nella storia di “Villa del Pino” e come un asse strutturale che ne sorreggeva la vita di ogni giorno. L'annuncio del suo trasferimento ha generato reazioni soffuse in tutti: ospiti ed operatori. Nel rispetto della massima discrezione, richiesta da lui, che

non si parlasse della sua partenza da “Villa del Pino”, gli operatori sono stati informati all’ultimo momento, giusto in tempo per realizzare che la sua assenza comportava necessariamente una riorganizzazione puntuale del lavoro. Nella richiesta di fratello Claudio, invece, gli ospiti lo avrebbero dovuto sapere a cose avvenute, ovvero quando lui fosse già stato lontano. Così non è avvenuto, perché la difficoltà di trattenere per sé una notizia così forte si accompagnava evidentemente al bisogno della condivisione. Costi quel che costi, fratello Claudio alla fine ha trovato la forza di dare, lui stesso, l’annuncio ad alcuni ospiti, almeno quelli con cui aveva intrecciato, negli anni, l’intesa più esplicita. E per questi non è stato semplice comunque credere alla notizia: come credergli se le provocazio-

ni e gli scherzi e il gioco erano parte dello stare insieme? Un po’ questo e un po’ la resistenza che scatta di fronte ad una realtà che non ci piace e ci disturba.

Infatti, ogni nuova perdita nella vita – e sicuramente per gli ospiti della Casa Famiglia – trascina con sé le esperienze di dolore del passato; non è solo l’effetto del momento ma l’occasione è un richiamo a riattivare altre separazioni. E questa volta dal di dentro di un contesto che si mostrava finora protettivo e sicuro. Scattano allora i diversi dispositivi emozionali di ciascun ospite: chi si trincerava dietro la corazza costruitasi nel tempo a seguito delle ferite subite, in modo da non esporsi troppo al rischio del dolore insopportabile. C’è chi mette in primo piano qualcuno che è responsabile di quanto sta accadendo e chi arriva a piange-

re o a mostrare evidente dispiacere con lo sguardo e nei gesti: “Guardavamo la tv insieme, rispondeva sempre ad ogni minima nostra richiesta, parlavamo di calcio, fumavamo la sigaretta scherzando e giocando...”.

È iniziata così la fase della elaborazione del distacco che non può essere lasciata alle loro strategie difensive di ciascuno poiché, tra rimozione e inibizione nella esternazione dei pensieri, ci si senta ancora una volta di più privati di un affetto solido e sicuro, personificato in fratello Claudio. Il nostro grande privilegio è di avere a disposizione le riunioni di confronto e condivisione: quella degli operatori condotta dal supervisore esterno e quella degli ospiti guidata dallo psicologo della Casa, per uscire da questa separazione con tanta serenità.



PAPA FRANCESCO IN MOZAMBICO CONTRO L'AIDS

VOI AVETE ASCOLTATO QUEL GRIDO SILENZIOSO, QUASI IMPERCETTIBILE, DI TANTE DONNE, DI TANTE PERSONE CHE VIVEVANO NELLA VERGOGNA, EMARGINATE, GIUDICATE DA TUTTI



Non una visita qualsiasi. Quelle del Santo Padre non lo sono mai, ma per noi de “Il Mosaico” quella in Mozambico dei giorni scorsi è stata una visita dal sapore ancora più speciale. Perché il Pontefice ha visto e vissuto una delle esperienze più straordinarie nella lotta all’Aids in Africa. “Qui – si legge in un articolo apparso su Il Corriere della Sera – la diffusione dell’Hiv è epidemica, a Maputo si stima che il 23 per cento della popolazione

adulta, poco meno di una persona su quattro, sia sieropositiva. Ed è qui che la comunità di Sant’Egidio ha avviato nel febbraio 2002 il programma «Dream», esteso ad altri dieci Paesi africani: da allora sono state curate mezzo milione di persone e, grazie alle terapie sulle donne in gravidanza, 130 mila bambini sono nati sani da madri sieropositive, una generazione libera dalla malattia”.

Non solo Aids, certo, perché la

visita di Francesco arriva esattamente un mese dopo la storica firma (il 6 agosto scorso) dell’accordo di pace per il Mozambico tra governo e opposizione che il Pontefice ha definito: “Una pietra miliare che salutiamo e speriamo come decisiva”.

“Il Mozambico possiede un territorio pieno di ricchezze naturali e culturali, ma paradossalmente con un’enorme quantità di popolazione al di sotto del livello di povertà. E a volte sembra che

coloro che si avvicinano con il presunto desiderio di aiutare, abbiano altri interessi. Ed è triste quando ciò accade tra fratelli della stessa terra, che si lasciano corrompere; è molto pericoloso accettare che questo sia il prezzo che dobbiamo pagare per gli aiuti esterni... Vogliamo che la pace regni nei nostri cuori e nel palpito del nostro popolo. Vogliamo un futuro di pace”.

Ma torniamo alla visita nel centro allestito dalla comunità di Sant'Egidio. Come riporta Vatican News, il Santo Padre ha dichiarato: “Tutti quelli che sono passati da qui, tutti coloro che arrivano presi dalla disperazione e dall'angoscia somigliano a quell'uomo abbandonato al bor-

do della strada”. E voi, dice rivolto ai tanti volontari e medici, “qui, non siete passati a distanza, non avete proseguito per la vostra strada come avevano fatto altri, il levita e il sacerdote”.

“Questo Centro – ha proseguito – ci mostra che c'è stato chi si è fermato e ha sentito compassione, chi non ha ceduto alla tentazione di dire “non c'è niente da fare”, “è impossibile combattere questa piaga” e si è dato da fare con coraggio per cercare delle soluzioni. Voi, come ha detto Caccilda, avete ascoltato quel grido silenzioso, quasi impercettibile, di tante donne, di tante persone che vivevano nella vergogna, emarginate, giudicate da tutti”. Superare quel senso di vergo-

gna, quella condanna all'emarginazione e alla discriminazione sono le parole d'ordine per vincere non solo la lotta all'Aids ma tutte le grandi sfide del nostro tempo. Non a caso il Santo Padre, in altre occasioni, ha utilizzato parole simili anche parlando di migrazioni e accoglienza.

Non a caso, durante l'Angelus, ha di recente ricordato che la ricchezza può spingere a erigere muri, creare divisioni e discriminazioni. “Gesù, al contrario, invita i suoi discepoli ad invertire la rotta: Fatevi degli amici con la ricchezza... Gesù invita a saper trasformare beni e ricchezze in relazioni, perché le persone valgono più delle cose e contano più delle ricchezze possedute”.



IL CENTRO DI CURA PER PERSONE IN HIV IN REPUBBLICA CENTRAFRICANA

LIVELLI ALLARMANTI NELLA DIFFUSIONE DI CEPPI DI VIRUS HIV RESISTENTI AI FARMACI SONO STATI RILEVATI IN ASIA, AMERICA ED AFRICA. E IN EUROPA...

Fratel Angelo Sala

Sono ormai trascorsi dieci anni, da quando la Congregazione dei Padri di Betharram, in collaborazione con padre Mario e la Casa Famiglia "Villa del Pino", ha progettato il *Centro St. Michele* di cura per persone in HIV in Repubblica Centrafricana.

Oggi il Centro St. Michele ha in terapia più di mille persone che ricevono regolarmente la loro terapia antiretrovirale e, tra questi più di cento bambini orfani. Una ventina sono in cura da quando abbiamo aperto il Centro e ora sono adolescenti. Il problema ora è quello di dar loro l'annuncio della sieropositività e sperare che continuino a prendere la loro terapia. Per questo abbiamo chiesto una collaborazione con l'UNICEF con uno psicologo che li accompagni in questo percorso difficile.

La possibilità di eseguire la carica virale, la conta dei CD4 e altri esami, ci permettono di valutare se i nostri pazienti hanno una buona aderenza alla terapia. La strada da percorrere per limitare le nuove infezioni è ancora lunga, ma ogni giorno ci impegniamo per poter dare a queste persone un'assistenza migliore e garantire una terapia ARV che migliori la loro vita.

La prevenzione è sempre stata un pilastro importante per il Centro ma, in questi ultimi anni, a causa degli avvenimenti politici e della guerra civile, siamo stati bloccati su questo campo.

Ultimamente abbiamo ripreso a partecipare agli avvenimenti sociali, come la fiera agricola di Bouar, agli incontri dei giovani nella diocesi, nelle scuole e nei quartieri. Un altro ostacolo è la formazione del personale che deve essere preparato per fare una sensibilizzazione credibile e in modo corretto. Li stiamo formando perché possano andare nei quartieri, a sensibilizzare la popolazione a sottoporsi al test, soprattutto le donne in gravidanza, e per combattere la stigmatizzazione che causa di gran

parte degli abbandoni alla terapia antiretrovirale.

Anche se il progetto è stato ideato sul territorio di Bouar, per poter fare le visite a domicilio, ultimamente cominciamo ad avere un numero considerevole di pazienti che vengono dai villaggi limitrofi, e che percorrono fino a 60 chilometri a piedi o con mezzi di fortuna...

Come possiamo andare incontro a queste persone? Stiamo ideando, in collaborazione con il nostro ufficio missionario, un progetto di unità mobile attrezzata di apparecchi per fare il minimo di esami indispensabili e una terapia sul posto.

Altro obiettivo che ci siamo prefissati è quello di andare a recuperare tutte le persone che in questi



ultimi anni hanno abbandonato il loro trattamento, capire i motivi che li hanno portati a prendere questa decisione, e cercare di convincerli a riprendere il trattamento antiretrovirale.

Il grosso problema che dobbiamo affrontare insieme agli altri Centri è la penuria di farmaci, sia ARV

che per le infezioni opportunistiche. Il mese scorso il Fondo Mondiale ha bloccato i rimborsi degli esami e la distribuzione degli antiretrovirali a causa di una gestione poco trasparente da parte dei funzionari governativi e privati. E questo sta creando panico tra le persone sieropositive (PVVIH)

che vedono la loro vita in pericolo. Il nostro Centro dispone di uno stock personale di farmaci arv, non è una grande riserva, ma può permetterci di tamponare questa crisi, in attesa delle future decisioni che saranno prese tra il Fondo Mondiale e il governo Centrafricano.

COME VALUTARE I PROGRESSI NELLA LOTTA ALL'AIDS

OGGI, CIRCA DUE TERZI DI TUTTE LE PERSONE CON HIV RICEVONO LE TERAPIE E PIÙ DELLA METÀ DI QUESTE HA VIREMIA NON RILEVABILE. MA LA BATTAGLIA È APPENA COMINCIATA... (PRIMA PARTE)

Dott.ssa Nicoletta Orchi

Responsabile Centro di coordinamento Assistenza domiciliare "Istituto L. Spallanzani" Roma

Se ne parla sempre meno, ma l'infezione da Hiv resta una questione critica a livello globale. Ma quali sono le dimensioni del problema? Proviamo a definirle e a valutare i progressi reali nella lotta all'Aids degli ultimi anni con i numeri...

TERAPIA ANTI HIV E PREVENZIONE

L'infezione da HIV continua ad essere un problema importante di sanità pubblica che riguarda circa 38 milioni di persone nel mondo, di cui due milioni vivono in Europa. E sempre in Europa, nel 2017 sono stati registrati quasi 160 mila nuove diagnosi di infezione da HIV.

C'è ampio consenso sul ritenere che mai come oggi lo sviluppo e l'applicazione delle conoscenze

scientifiche accumulate nei passati decenni di lotta all'AIDS consentano finalmente di porre fine all'epidemia. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità si è posta come obiettivo di dichiarare conclusa l'epidemia entro il 2030.

Sono stati fatti grandi progressi nel trattamento dell'infezione da HIV. Attualmente non esiste una cura definitiva in grado di eliminare completamente il virus dall'organismo e che consenta di guarire dall'infezione da HIV, ma possiamo contare su terapie altamente efficaci e tollerabili che permettono di controllare l'infezione nel lungo periodo, trasformando l'HIV/AIDS in malattia cronica.

Le terapie (ART, Anti-Retroviral Therapy) sono tanto più efficaci

quanto iniziate tempestivamente. E una volta iniziate, devono essere assunte in modo regolare e continuo, senza interruzioni. L'obiettivo del trattamento è quello di sopprimere la replicazione del virus e ridurre la sua circolazione nei liquidi biologici fino a livelli non più rilevabili dai test di laboratorio.

L'evidenza scientifica ci dice che le persone con infezione da HIV che assumono in modo regolare e continuativo la ART hanno una lunga prospettiva di sopravvivenza, simile a quella di una persona che non ha contratto l'HIV, con una buona/ottima qualità di vita.

Inoltre, diversi studi, (alcuni recentissimi PARTNER1 2016; PARTNER2 2019), hanno riscontrato che il raggiungimento di una cari-

ca virale stabilmente (per almeno sei mesi) non rilevabile rende pressoché nullo il rischio di trasmissione sessuale dell'infezione da HIV al/alla proprio/a partner sieronegativo. In questi casi si parla di U=U “Undetectable=Untransmittable”, che in Italiano significa “Non rilevabile=Non trasmissibile”.

Tali risultati hanno indotto la comunità scientifica a ritenere che promuovere l'accesso alla terapia per le persone che vivono con l'HIV, e facilitarne l'aderenza nel tempo, rappresentano veri e propri interventi di sanità pubblica per la prevenzione su larga scala, a livello di popolazione, dell'infezione da HIV e la sua eliminazione, impedendo l'insorgenza di nuovi casi di infezione.

HIV CONTINUUM OF CARE

Già nel 2014 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (UNAIDS), nel porsi come obiettivo l'eliminazione dell'HIV/AIDS entro il 2030, dichiarava esplicitamente che ciò sarebbe stato possibile da raggiungere solo consentendo a tutte le persone con HIV di accedere alle appropriate terapie. Veniva quindi sostenuto **l'accesso universale al trattamento**. UNAIDS stabiliva allora come obiettivo intermedio per il 2020 il target “90-90-90”, puntando a diagnosticare il 90% di tutti i casi che avevano acquisito l'infezione da HIV, ad assicurare almeno al 90% di tutte le persone diagnosticate l'accesso alla ART, e a far sì che il 90% di loro raggiunga la soppressione della carica virale. Il monitoraggio di questi parametri, - l'accesso al test HIV e la dia-

gnosi, il pronto accesso alle cure, e l'aderenza nel tempo al trattamento, - nell'insieme costituiscono quello che viene definito la cascata dell'HIV “**continuum of care**”.

Il “continuum of care” si è rivelato un ottimo strumento per valutare e monitorare i progressi raggiunti nella lotta all'AIDS. In tal modo ogni paese è in grado di stimare ogni step della cascata per poter pianificare, allocare risorse, implementare e monitorare quanto realizzato, al fine di assicurare alle persone con HIV livelli standard di assistenza più che accettabili ed al contempo contribuire al raggiungimento degli obiettivi UNAIDS. Dobbiamo anche sottolineare come, a livello mondiale, enormi progressi sono stati fatti negli ultimi dieci anni, specialmente in relazione all'accesso al test ed al trattamento. Nel 2018 quattro persone su cinque con infezione da HIV erano a conoscenza del proprio stato, circa due terzi di tutte le persone con HIV ricevevano le terapie e più della metà di queste aveva virus soppresso non rilevabile. Delle circa 38 milioni di persone con HIV più di 23 milioni erano in trattamento, tre volte quelle del 2010. Tuttavia il ritmo dei progressi nella riduzione delle nuove infezioni da HIV, nel migliorare l'accesso alle cure e nel porre fine alle morti per AIDS sembra stia rallentando, secondo l'ultimo rapporto UNAIDS: quasi due milioni sono state le nuove infezioni del 2018, e 800.000 le morti correlate all'HIV/AIDS, con profonde variabilità tra regioni e paesi. Aumenti preoccupanti delle nuove

infezioni da HIV sono state osservate nell'Asia centrale e nell'Europa dell'Est (+29%), in Medio-oriente e nell'Africa settentrionale (+10%) ed in America Latina (7%).

In Europa nel 2018 la situazione è complessivamente in miglioramento rispetto a quanto osservato nel 2016, ma ancora lontani appaiono gli obiettivi posti da UNAIDS 90-90-90: si stima che l'80% delle persone con HIV sia a conoscenza del proprio stato, di queste il 64% sarebbe stato avviato a trattamento, e l'86% avrebbe il virus soppresso. In altre parole esisterebbe un sommerso di persone HIV non diagnosticate del 20%; più di un terzo di coloro che sono a conoscenza del proprio stato di infezione ha avuto accesso ai farmaci; il 14% di coloro che ha avuto accesso alle terapie non assume regolarmente le terapie, ed ha virus circolante, contribuendo sensibilmente alla diffusione dell'infezione. Quello che in particolar modo emerge dai dati disponibili è l'elevata disparità della HIV continuum of care tra diverse aree geografiche europee, a documentare le profonde disuguaglianze tra i paesi.

Complessivamente in Europa possiamo differenziare tre tipi di epidemie. Nell'Europa occidentale ed in quella centrale l'epidemia da HIV coinvolge soprattutto gli uomini che fanno sesso con uomini (MSM), nell'Europa dell'Est i tossicodipendenti e le persone eterosessuali. Ed è proprio nei paesi dell'Europa dell'est, il 25% delle persone infette non sa di esserlo

e solo la metà delle persone con HIV ha accesso ai farmaci, che si osservano i valori più bassi della continuum of care, ed il maggior numero di nuove infezioni da HIV. L'importanza di questi dati è legata al fatto che l'infezione da HIV continua ad essere sostenuta proprio dalle persone che non sanno di avere l'infezione perché non hanno avuto accesso al test e da coloro che seppure già diagnosticate non hanno accesso al trattamento o non sono mantenute in terapia, a sottolineare che l'epidemia da HIV è sostenuta da contesti e comportamenti in cui i progressi scientifici ottenuti negli ultimi anni non riescono a far breccia.

La sola "continuum of care" inoltre non è in grado di fornire in modo esaustivo quanto messo in campo ai fini della prevenzione di nuovi casi di infezione da HIV, soprattutto all'interno di particolari sottogruppi di popolazioni. La prevenzione dell'infezione da HIV per essere efficace deve prevedere un approccio combinato di più tipologie di intervento che debbono comprendere interventi comportamentali per ridurre il rischio di HIV o per favorire l'esecuzione del test, biomedici quali per esempio la maggiore diffusione dell'uso dei farmaci antiretrovirali a scopo preventivo (profilassi postesposizione, ma soprattutto pre-esposizione [PrEP]), ma anche strutturali come l'eliminazione di condizioni quali la povertà, lo stigma e l'emarginazione sociale, da sempre associati ad una maggiore diffusione di HIV, che si sono rivelate

alla base dei fallimenti osservati in alcune realtà in cui l'infezione da HIV continua a mantenersi attiva.

KEY POPULATIONS

L'infezione da HIV continua a diffondersi in popolazioni che per varie e differenti ragioni non riescono ad essere raggiunte dagli interventi di prevenzione o, una volta infette, a beneficiare delle terapie antiretrovirali attualmente disponibili. Tali popolazioni, più vulnerabili ad HIV, vengono definite Key populations, "popolazioni chiave", mostrano più alti tassi di morbilità e mortalità rispetto alla popolazione generale, minore accesso ai servizi sanitari, e svolgono inoltre un ruolo determinante nella diffusione dell'epidemia. Più della metà di tutte le nuove infezioni da HIV acquisite nel 2018 nel mondo si sono verificate in popolazioni chiave quali tossicodipendenti (TD), prostitute, gay o MSM, detenuti, transgender, migranti, e tra i loro partner. Ancora, meno della metà delle persone appartenenti a questi gruppi sono stati raggiunti dai servizi di prevenzione combinata contro l'HIV, a testimonianza che queste popolazioni sono tuttora marginalizzate e lasciate indietro rispetto ai progressi raggiunti nella lotta all'AIDS.

La vulnerabilità di tali sottogruppi di popolazione può dipendere sia dal tipo di comportamenti messi in atto che dalla difficoltà di accesso ai servizi HIV a causa della povertà, e delle condizioni di emarginazione e isolamento sofferte in differenti contesti sociali per varie

motivazioni, di ordine culturale, religioso ed anche legislativo.

Spesso sono gli stessi comportamenti a determinare problemi di ordine legale che contribuiscono ad aumentare ulteriormente la vulnerabilità ad HIV. In alcune realtà le donne sono ancora una volta maggiormente penalizzate rispetto agli uomini, più economicamente svantaggiate, non sempre in grado di negoziare il sesso, e frequentemente vittime di violenza. In altre realtà lo stigma associato ad alcuni comportamenti, il pregiudizio, l'intolleranza, o addirittura la presenza di leggi punitive che criminalizzano l'omosessualità, impediscono il libero accesso ai servizi socio-sanitari. Molto spesso infine si assiste alla sovrapposizione di fattori di diversa natura che amplificano lo stato di vulnerabilità.

In Europa le popolazioni chiave maggiormente colpite dalla malattia da HIV sono i tossicodipendenti, gli MSM ed i migranti con frequenze che variano geograficamente, a seconda dei paesi considerati. Perché l'epidemia da HIV sia affrontata in modo efficace, è necessario che questi gruppi di popolazione siano raggiunti dai programmi mirati di informazione e prevenzione messi in atto istituzionalmente affinché servizi specifici si rivolgano ad essi in maniera proattiva, eventualmente attraverso il coinvolgimento di associazioni non governative, e più in generale della "community".

CONTINUA SUL PROSSIMO NUMERO ...

LA DISCRIMINAZIONE UCCIDE PIÙ DELL'AIDS

NON TUTTI HANNO ACCESSO ALLE CURE, MA TUTTI HANNO IL DIRITTO AD ESSERE RICONOSCIUTI PER QUELLO CHE SONO. PERSONE E NON FANTASMI. EPPURE...

di Giorgio Valleris

Avere l'Aids. O meglio, scoprire di avere l'Aids e iniziare una terapia sono due cose diverse. Forse, molti di noi non ci hanno mai pensato. O forse hanno semplicemente sbagliato l'equazione. Un errore piuttosto frequente e per nulla strano. Quando pensiamo di avere una patologia, noi, cosa facciamo? Andiamo dal medico di base per una visita. E questo ci offre la sua diagnosi oppure ci prescrive nuovi esami oppure visite specialistiche dopodiché, col nostro bel referto, torniamo da lui per iniziare una terapia oppure da un chirurgo per un'eventuale intervento.

Problema risolto, o quasi. Ma ci dimentichiamo una cosa. E non è tanto (o non solo) la gravità dell'Aids rispetto alle comuni patologie, ma quanto, piuttosto, l'effetto collaterale più pesante di questo virus: la discriminazione.

Parliamoci schiettamente. Le avete mai viste le facce di persone che scoprono di trovarsi nella stessa stanza con una persona in Aids? Ho personalmente visto gente irrigidirsi per un colpo di tosse della persona che stava di fianco a lui. Non sto scherzando.

E quando lo vedi succedere pensi a tutte le campagne informative

degli anni scorsi, a tutti gli spot tv che ritraevano persone che bevevano dallo stesso bicchiere e ti domandi: possibile che non sia rimasto niente di tutti quei messaggi?

Credetemi, la discriminazione è molto più subdola di qualsiasi malattia, anche delle più tragiche. Ho assistito con i miei occhi a riunioni in ufficio dove manager incravattati pluri laureati e con stipendi a molti zeri decidevano – con una glacialità da lasciare senza parole – come sostituire colleghi affetti da tumori.

“... Perché sai, poveretto, però noi dobbiamo andare avanti e lui non sarà più in grado di essere operativo come prima”.

E qual era la più grande preoccupazione di questi top manager? “Silurare” il collega malato ma facendo in modo che non apparisse come una discriminazione.

Ma sapete cosa mi ha dato ancora più fastidio? È che questa emarginazione bella e buona veniva studiata scientificamente a tavolino con un linguaggio assolutamente politically correct. Un'ipocrisia nell'ipocrisia da voltastomaco.

Ne abbiamo parlato tante altre volte. Negli anni '80 la diagnosi di Aids era una condanna a morte

e oggi che con le terapie retrovirali non lo è più quello che non è cambiato è il pregiudizio di chi sta intorno.

Avere l'Aids e iniziare la terapia non è un percorso così lineare come presentarsi con un'impegnativa ad uno sportello. Soprattutto per tutte quelle persone “dimenticate” che vivono ai margini della società (non per loro scelta) e che non hanno accesso alle cure.

Sono tanti. Anche se nessuno vuole davvero sapere quanti perché girarsi dall'altra parte aiuta ad ignorare un problema che si finge di non vedere.

I numeri ci dicono che Italia i dati dell'infezione da HIV restano sostanzialmente stabili, con 3.443 nuove diagnosi segnalate nel 2017. Ma la cifra reale è questa? No, è superiore. E a ciò si aggiunga che, dopo un calo fra il 2012 e il 2017, negli ultimi anni non si riesce a ridurre il numero di nuovi contagi. L'incidenza, pari a 5,7 nuovi casi ogni 100.000 residenti.

L'incidenza conosciuta. Poi ci sono i “fantasmi” o i dimenticati se preferite. Condannati all'isolamento dai pregiudizi e dalle paure. Sono tanti. Quanti? Saperlo può fare la differenza perché senza nume-

ri certi non si possono mettere in campo azioni concrete ed efficaci. Probabilmente aveva ragione Carl Rowan quando diceva che spesso è più facile indignarsi per una ingiustizia commessa dall'altra parte del mondo che per una oppressione e discriminazione a mezzo isolato da casa. Ma a noi piace ancora, nonostante tutto, pensare che nessuno, proprio nessuno, può farti sentire inferiore senza il tuo consenso (Eleanor Roosevelt).



LETTERA APERTA A UN FIGLIO SULLA DISCRIMINAZIONE

QUELLO CHE VORREI TI RICORDASSI BENE OLTRE A LAVARTI BENE I DENTI
E FARE PIPÌ PRIMA DI USCIRE

di Giorgio Valleris

“Non l’ho scelto”. Essere ai margini di una società non è una scelta. È una condizione che ti viene imposta o la conseguenza di qualcos’altro. Credi davvero che nascere in una famiglia benestante di un paese ricco o in un luogo dove guerra, povertà e fame mettono a rischio la tua stessa vita fin dai primi giorni, sia una scelta? Ovviamente, non è così.

Cosa posso farci io? Non è finendo il piatto di verdura che tua mamma ti mette di fronte la sera, ammonendoti: “Ci sono bambini che non hanno da mangiare!” che salverai il mondo, caro figlio mio.

Lo salverai imparando il rispetto per il cibo e l’acqua che non vanno sprecati. Lo imparerai presto.

E non solo a casa. No. Lo imparerai fin dall’asilo, quando – ti piaccia o no – sarai nella stessa stanza con tanti bimbi come te. Così uguali, eppure così diversi per storie familiari, gusti, sogni. E forse lo insegnerai anche a tu a me. Anzi, lo hai già fatto quando, parlando di quel tuo compagno dal nome impronunciabile ti ho chiesto: “Ma è cinese?” e tu, con tutta la naturalezza dei tuoi 4 anni mi hai risposto: No, è mio amico”.

Avrei voluto riprenderti quella volta con il telefonino, come ho fatto mille altre volte. Non l’ho fatto. Ma sai che c’è? Pur non avendo quel video sul mio smartphone, me lo ricordo in un cloud ancora più grande e importante: la mia memoria.

Si è tatuato lì. E, almeno fino a quando non mi rimbambirò un po’, sono certo di poterlo conservare e rivedere e risentire tutte le volte che voglio. Quando cominci a vedere qualche capello bianco allo specchio non è una cosa da poco, credimi.

Proprio come quella volta che, in spiaggia, la signora accanto a te ha chiesto alla bimba se “voleva qualcosa dal marocchino” (leggi: venditore ambulante proveniente da tutt’altra parte dell’Africa) e tu, quando il giorno dopo l’hai visto passare di nuovo, con la sua valigia piena di cianfrusaglie e occhiali da sole griffati – si fa per dire – mi hai risposto: “Guarda papà, c’è il marroncino”...

Non ho avuto bisogno di insegnarti che siamo tutti uguali perché i bambini non nascono con pregiudizi e discriminazioni, siamo noi adulti ad inquinare le loro testoline con certe idee. Ma attenzione: non lo facciamo solo direttamente ma soprattutto indirettamente, con i nostri comportamenti quotidiani che loro, anche se sembrano distretti e immersi nel loro mondo, osservano e assorbono in maniera impressionante.

Vorrei poterti dire che riuscirò a risparmiarti questo scempio ma, caro figlio mio, sarebbe una bugia. Prima o poi cadrò in qualche stereotipo, generalizzerò. So che lo farò. Allora tu scusami. Anzi, se puoi, correggimi. Perché nel momento stesso in cui lo farai capirò di aver sbagliato.

Ma sappi che il mondo intorno a te ti bombarderà di stereotipi, luoghi comuni, falsi allarmismi e banalizzazioni. E queste si sedimenteranno trasformandosi in paure. A meno che tu non scelga di non

avere paura. Paura di chi è diverso, di chi è ai margini.

Ma questo dovrai farlo da solo. È una delle tante cose che dovrai fare da solo. Una di quelle esperienze che dovrai vivere sulla tua pelle e contro quale dovrai sbattere il naso prima o poi.

Ma questi papà, allora, a cosa diavole servono? Forse te lo starai chiedendo. Beh, sappi che una risposta la sto ancora cercando anche io. Nessuno mi ha dato il libretto di istruzioni e il mestiere, scusa, ma lo sto imparando un po' così.

Alla giornata.

Probabilmente ti dimenticherai di tutte le cose che ti dico ogni giorno tipo "lavati bene i denti", "ricordati di fare pipì prima di uscire", "stai attento in classe". Ma vedi che continuo a ripeterle, nonostante tutto. E questo non perché io mi sia già rimbambito, ma perché a forza di ripeterle ti entrano in testa.

E magari ci entreranno prima e di più di tutti gli stereotipi e le paure

che altri proveranno a inculcarti. Io non demordo.

Perché quando sarai grande potrai dimenticarti di fare pipì prima di uscire ma se ti ricorderai che essere ai margini non è una scelta avrai capito quasi tutto quello che ti serve per diventare un brav'uomo e chissà, anche un padre.

Io ti auguro di avere un figlio come te: disordinato, disobbediente, lunatico, capriccioso, dispettoso. Ma in tutto e per tutto uguale a te, perché è una gioia immensa. Ogni giorno.

Come quando qualche giorno fa, in vacanza, hai iniziato a parlare (o meglio: hai provato a comunicare) con quel bambino più piccolo di te in bici nel nostro campeggio e gli hai augurato: buona passeggiata. E quando lui, pochi metri dopo, è caduto tu gli ha detto: "Aspetta, che ti aiuto io". Non so se fosse tedesco, ungherese, ricco o povero. Tu non te lo sei chiesto.

Ma allora, cosa vuoi che ti insegni, dai, che sei già una forza così!



IL SUCCESSO SI MISURA IN PATATE E CARCIOFI

Tarquinio
Assistente Sociale

Realizzare nuove ricette di cucina è ormai diventato fenomeno di massa e super mediatico, con sempre più appassionati, compreso chi vi sta scrivendo. Giornali specializzati, rubriche sui quotidiani, riviste e rotocalchi (chi non ha mai strappato una ricetta da una qualsiasi rivista mentre attende il suo turno in una sala d'attesa??) ora hanno lasciato il posto alle infinite possibilità di consultazione che offre internet; dai siti specializzati agli specifici blog, per finire ai super famosi programmi televisivi. Senza parlare dei social dove molti di noi si scambiano consigli o pavoneggiano i propri "piatti".

Posso testimoniare, senza essere minimamente accusato di falsa testimonianza, che in Casa Famiglia a "Villa del Pino" la cucina ha sempre raggiunto alti livelli di performance, grazie ai bravi cuochi che si sono succeduti negli anni. Dalle preparazioni romane tradizionali alle ricette di altre regioni sino a quelle "esotiche" e persino a quelle di "recupero avanzati", credo che nessuno si sia mai potuto lamentare dopo aver mangiato in Casa Famiglia... anzi!!

Non avrei mai immaginato quindi di affrontare una diversa e straordinaria esperienza culina-

ria. È successo quando un ospite magrebino, che purtroppo ci ha lasciato qualche anno fa, durante il suo percorso di sgancio dalla Casa Famiglia, fu ritenuto idoneo a trasferirsi in un appartamento protetto per cominciare un cammino di autonomia. In questa esperienza, con la supervisione degli operatori, oltre alla gestione dell'appartamento, alla cura dell'igiene degli ambienti e occuparsi della spesa, il suo programma di autonomia prevedeva anche la preparazione dei pasti. Era inoltre consuetudine che io e Padre Mario, tutti i mercoledì sera, raggiungessimo il nostro ospite nell'appartamento di sgancio per fare il punto della situazione sull'andamento del progetto di autonomia.

Dopo un iniziale periodo di ambientamento ed acquisizione delle prime competenze, l'ospite in questione ci invitò a rimanere a cena, promettendoci che avrebbe cucinato una pietanza speciale, tipica del suo menù etnico, tutta per noi, così da dimostrarci i suoi progressi. Per renderci utili e mostrare il nostro piacere ci siamo messi ad apparecchiare la tavola quando ci sentiamo chiamare dalla cucina. Lì abbiamo trovato l'ospite-cuoco, con un grembiule ed un lungo cucchia-

io di legno che rimetteva dentro una grossa pentola fumante sul fuoco. Lui, con volto soddisfatto e voce squillante, ci invita a guardare nella pentola così da poter osservare la speciale pietanza cucinata. Ci avviciniamo e, disponendoci uno a sinistra e l'altro a destra della pentola, chinandoci osserviamo bollire carciofi e patate. Direte: ottimo piatto! infatti lo sarebbe stato se i carciofi fossero stati puliti e le patate lavate e sbucciate. Con tanta imperizia aveva semplicemente buttato tutto in una pentola d'acqua e aveva acceso il fuoco.

Come è che dicono i giudici di MasterChef? "Per noi è no, niente grembiule..."

Così come sono convinto che il 50% del buon clima in Casa Famiglia lo determini una buona cucina ora sono convinto che il 50% del successo di un progetto di ritrovata autonomia di un ospite si misura con la sua capacità di cucinare.

ASSOCIAZIONE IL MOSAICO O.N.L.U.S
Via S. Antonino 2, Monte Porzio Catone (RM)
Tel. 06.944.90.22 – Fax 06.944.76.92 – info@associazioneilmosaico.org
www.associazioneilmosaico.org

IL MOSAICO – Iscr. Trib. di Velletri n. 3/05 del 07/03/2005
Edito da: Associazione Il Mosaico
Stampa: Poligrafica Laziale – Frascati
Direttore responsabile: Mario Longoni
Coord. redazionale: Giorgio Valleris

CONGREGAZIONE DEI PRETI DEL SACRO CUORE DI BETHARRAM
www.betharram.it



Societas Presbyterorum
Sanctissimi Cordis Jesu
BETHARRAM



IL TUO **5** VALE PIÙ DI
ASSOCIAZIONE IL MOSAICO ONLUS
CF 92004980584 **1000** PAROLE

SOSTIENI I NOSTRI PROGETTI DESTINANDO IL 5x1000 DELL'IRPEF PER IL SOSTEGNO DI ONLUS
PUOI SOSTENERCI ANCHE CON UNA LIBERA DONAZIONE TRAMITE C/C POSTALE 86121001
OPPURE BONIFICO BANCARIO A BANCA POPOLARE ETICA AG. ROMA IBAN IT92A0501803200000011086618
INTESTATO AD ASSOCIAZIONE IL MOSAICO O.N.L.U.S