

Un'organizzazione più orizzontale

Nuovo statuto - Intervista a Federico Torzo, segretario Anlaids nazionale

Lo scorso 12 dicembre a Bologna, in occasione del XXVII Congresso nazionale, si è tenuto il Consiglio direttivo di Anlaids che ha dato il via libera ufficiale all'entrata in vigore del nuovo statuto dell'associazione. In quella stessa occasione è stato anche eletto il nuovo Consiglio Direttivo che vede la conferma di **Mauro Moroni** come presidente, **Bruno Marchini** come vicepresidente e **Federico Torzo** nel ruolo di Segretario. Proprio a quest'ultimo abbiamo chiesto di illustrare le novità contenute nel nuovo statuto.

Cosa significa la nuova struttura federale per Anlaids?

È un po' la stessa differenza che corre tra uno Stato federale e uno Stato centrale. Si passa da una struttura piramidale a una struttura più orizzontale. Prima, in Anlaids, le sezioni regionali facevano riferimento tutte alla sede nazionale per qualsiasi loro attività o esigenza; a loro volta, i comitati provinciali rispondevano alla struttura regionale in cui operavano. Si trattava di una organizzazione in qualche modo gerarchizzata che mal risponde alle attuali esigenze dell'associazione. Fortunatamente il mondo della lotta all'Aids in Italia è dotato di eccellenze che operano non solo nei capoluoghi di regione: ci sono medici, scienziati, volontari, operatori di enorme valore anche in aree che potremmo definire di provincia. E in un'associazione come Anlaids, in cui convive l'anima scientifica con quella legata al volontariato, è importante che ciascuna attività di qualità che venga messa in piedi in un territorio abbia la possibilità di gestirsi in autonomia con pari dignità rispetto alle altre.



Quindi se prima ci si associava all'associazione nazionale, adesso l'adesione dei singoli membri avverrà attraverso le realtà locali?

Esatto: prima in Anlaids erano tutti soci di un'unica struttura suddivisa in diverse realtà locali. Oggi i soci aderiscono a una associazione locale e le varie associazioni locali diventano socie della struttura federale. La conseguenza è che in questo modo si dà alle strutture locali una maggiore autonomia organizzativa e anche patrimoniale ma anche una maggiore responsabilità, ad esempio nel reperimento dei fondi necessari alle attività locali.

Qual è il ruolo dell'organizzazione nazionale in questo contesto?

La federazione nazionale diventa un organo più che altro di coordinamento e di verifica del fatto che le varie strutture locali perseguano effettivamente gli obiettivi comuni. Inoltre l'associazione nazionale svolgerà anche un ruolo di controllo rispetto alla regolarità contabile e amministrativa delle diverse realtà locali. Le quali, però, hanno ampia autonomia sulle priorità da perseguire: magari per alcune realtà sarà più importante l'aspetto legato al sostegno alla ricerca mentre per altre sarà più importante quello dell'assistenza ai malati. Nell'ambito di principi condivisi, ciascuno potrà seguire le peculiarità e le priorità locali. L'associazione nazionale

Governare il cambiamento

Editoriale di Mauro Moroni



C'è un rischio che tocca tutto e tutti. Una tentazione forte e costante di cui è persino difficile accorgersi e prendere atto. È la tentazione di continuare come sempre, come si è fatto finora, come se nulla cambiasse, come se il mondo restasse sempre lo stesso. Accade nelle relazioni umane, in famiglia dove talora non ci si accorge neppure che i figli sono cresciuti, sul lavoro, in politica. Prendere atto dei cambiamenti è faticoso perché ogni cambiamento disturba e disorienta, può rompere equilibri e impone di crearne altri. Il secolo scorso è stato definito "il secolo veloce" ed il secolo attuale sembra superare il precedente. Anlaids non ha ceduto alla tentazione e si è mossa per adeguarsi all'evolvere dell'epidemia da HIV ed ai nuovi bisogni. È stato un percorso lungo ma che ha portato ad un buon risultato.



Editoriale di Mauro Moroni
segue da pag.1

presupposti al cambiamento sono stati i seguenti: l'epidemia da HIV è profondamente mutata sia sotto il profilo epidemiologico che clinico, bisogni storici si sono esauriti ed altri sono emersi; inoltre la distribuzione dei bisogni non è più omogenea sul territorio nazionale come è stato per 20 anni quando ovunque dominava l'esigenza di programmare assistenza, ricerca, sostegno personale. Sono emersi e continuano ad emergere settori di popolazione cosiddetta "fragile" ed a rischio di non essere precocemente diagnosticata e curata. E questi gruppi sono diversamente rappresentati nelle varie aree geografiche: basti pensare al migrante o al carcerato o alle "nuove povertà". Nonostante l'ormai inesistente sostegno economico istituzionale, nel nostro Paese resistono centri di ricerca eccellenti ed eroicamente attivi e produttivi, riconosciuti a livello internazionale. Ma alcuni aspetti dell'assistenza non sono egualmente rappresentati e meritano, ove carenti, un aiuto economico.

È alla luce di queste considerazioni che Anlaids ha ritenuto di dotarsi di una struttura federale in grado di garantire responsabilità e autonomie alle unità attive sul territorio. È lì, accanto alle Unità di Malattie In-

fettive, che emergono i problemi e le esigenze ed è lì che debbono maturare le migliori risposte nell'ambito della prevenzione, assistenza, ricerca, sostegno sociale, vicinanza personale. Anlaids nazionale resta nella sua intatta funzione di riferimento, nel controllo economico finanziario delle attività e nella sorveglianza sull'aderenza delle iniziative ai principi statutari espressi nella "mission". Ancora, Anlaids Nazionale si farà carico di promuovere e gestire progetti comuni, unificanti e caratterizzanti la stessa presenza di Anlaids su tutto il territorio. Chi vive l'associazione da socio attivo o volontario sa quanto lavoro ci aspetta. La nuova struttura è solo uno strumento che è stato ritenuto utile per aumentare l'efficacia e migliorare la qualità del lavoro. Non sarà certo un nuovo statuto a risolvere i problemi. Servirà invece a rendere l'associazione più vicina alle persone, alle loro famiglie ed ai medici e ricercatori che operano nel territorio e meglio inserita nella realtà sociale locale. Al resto penseranno le persone di buona volontà di cui Anlaids è ovunque ricca: i volontari, i soci, gli amici, i sostenitori.

Mauro Moroni

Foto di Guido Maria Capelli

Nuovo statuto - Intervista a Federico Torzo

segue da pag. 1

potrà anche lanciare delle campagne o iniziative a livello nazionale a cui le realtà locali potranno aderire. Tutti i costi relativi alle attività dell'organizzazione nazionale saranno sostenuti grazie ai canali tradizionali di raccolta fondi come il Bonsai e il 5 per mille.

In che modo tutto ciò risponde meglio ai bisogni attuali della lotta all'Aids in Italia?

La maggiore autonomia rispetto a un ente centrale contribuisce a creare una maggiore flessibilità nel perseguire le esigenze locali. Questo speriamo che aiuti la proliferazione delle realtà che si potranno costituire sul territorio. Tutto ciò deve chiaramente avvenire sempre nel rispetto dell'identità originale di Anlaids che vede da un lato l'aspetto scientifico, dato che molte delle nostre realtà locali nascono intorno a un centro di cura per le malattie infettive, dall'altro quello sociale curato spesso anche da non medici. Lo scopo è di far proliferare queste realtà locali che saranno più autonome, svincolate da una stretta gerarchia e libere di perseguire gli obiettivi che gli sono propri.

Tutto ciò è già in vigore o sono ancora necessari ulteriori passaggi?

Dal Convegno di Bologna questi cambiamenti sono ufficialmente in vigore: ci sono alcune realtà locali esistenti che ancora non si sono organizzate e che quindi devono ancora presentare la domanda per diventare soci dell'associazione nazionale. Ma ci auguriamo che le realtà già esistenti si organizzino a breve e che presto ne possano nascere delle altre. Infatti, chiunque può presentare domanda per diventare membro dell'associazione. I requisiti necessari non sono onerosi: sono sufficienti dieci soci che si uniscano in una associazione che persegua gli stessi obiettivi di Anlaids e la cui denominazione inglobi la parola Anlaids, anche senza essere costituiti in una associazione ufficialmente riconosciuta. Infine, è prevista la necessità di essere dotati di un revisore dei conti o di un collegio che assicuri la correttezza rispetto alla gestione amministrativa di ciascuna realtà locale. ♀

Il nuovo Consiglio Direttivo di Anlaids è così composto:

- **Mauro Moroni**, Presidente (Lombardia)
- **Bruno Marchini**, vice Presidente (Umbria)
- **Federico Torzo**, Segretario (Lombardia)
- **Luca Butini**, Tesoriere (Marche)
- **Dario Bragadin** (Emilia Romagna)
- **Giovanni Cassola** (Liguria)
- **Gianpiero D'Offizi** (Lazio)
- **Massimo Ghenzer** (Lazio)
- **Imma Pempinello** (Napoli)
- **Eligio Pizzigallo** (Abruzzo)
- **Enzo Raise** (Veneto)



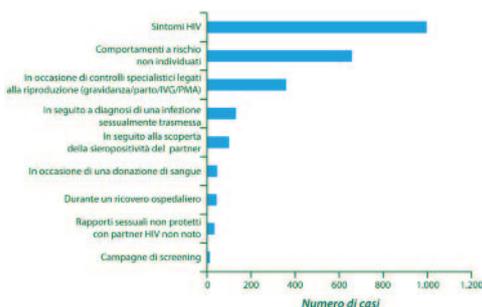
L'epidemia da HIV e il fallimento della prevenzione

Epidemiologia - di Lucia Palmisano, ISS

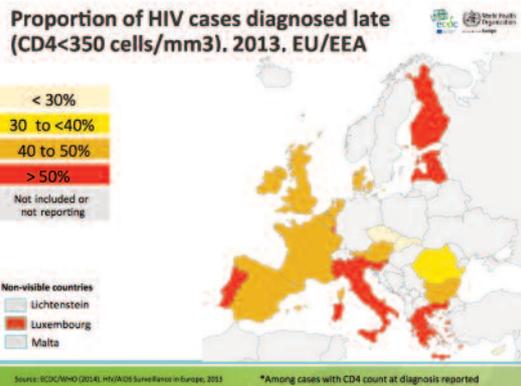
1 dicembre 2014: secondo le stime fornite dall'ECDC (*European Center for Disease Control*) nel 2013 si sono verificati 136.000 nuovi casi di infezione da HIV in Europa, il numero più alto mai registrato dall'inizio dell'epidemia. In questo caso si parla di Europa geografica, includendo anche i paesi dell'Est dove i tassi di infezione sono tra i più alti al mondo e in continua salita. Il fenomeno è allarmante: mentre in Africa (dove tuttora vive la maggior parte delle persone infette da HIV) l'accesso ai farmaci antiretrovirali è in aumento – anche se con enormi difficoltà – e sta dando alcuni risultati positivi sulla trasmissione del virus e sul numero di nuove infezioni, ciò non accade in paesi come Russia e Ucraina dove sussistono condizioni socio-politiche che ostacolano le campagne informative e le strategie di riduzione del rischio tra i tossicodipendenti. A questo si aggiungono la discriminazione e l'isolamento nei confronti degli stessi tossicodipendenti e degli omosessuali e, ovviamente, la limitata disponibilità di test per la diagnosi e di farmaci antiretrovirali. Il risultato è quindi in controtendenza rispetto al resto del mondo: l'epidemia si espande anziché contrarsi e la diagnosi, anziché diventare più precoce, diventa più tardiva. In vari paesi – tra cui anche il nostro – oltre il 50% dei nuovi casi di infezione da HIV viene diagnosticato in fase avanzata di malattia, quando i CD4 sono inferiori a 350/mmc.

E IN ITALIA?

Come ogni anno, il 1° dicembre il Centro operativo AIDS (COA) in occasione della Giornata Mondiale dell'AIDS ha diffuso i dati epidemiologici sull'andamento dell'infezione da HIV nel nostro paese, fornendo i dati dell'epidemia al termine dell'anno precedente (in questo caso il 2013). I circa 3.600 nuovi casi diagnosticati nel 2013 mostrano che il numero delle nuove diagnosi di HIV sia, purtroppo, stabile da circa 3 anni, con un'incidenza sovrapponibile a quella osservata nei principali paesi dell'Unione Europea: 6 nuovi casi per 100.000 residenti. La via di **trasmissione sessuale** resta la



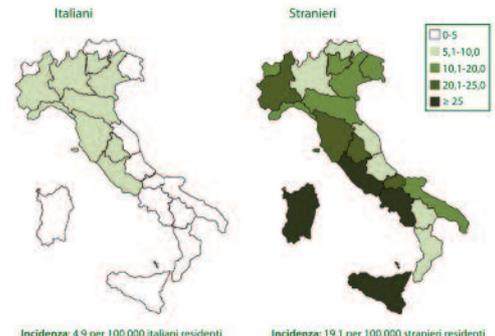
Motivo di esecuzione del test delle nuove diagnosi di infezione da HIV (2013) - fonte COA



segnalazioni (eterosessuali 44,5%; omosessuali 39,4%).

Altro dato allarmante è l'**età dei neodiagnosticati**: negli ultimi quattro anni si osserva un aumento delle nuove diagnosi di infezione da HIV nella classe di età 50-59 anni e una diminuzione nella classe di età 30-39 anni. Non si tratta, però, di infezioni acquisite in età più avanzata, bensì di diagnosi tardive, come dimostra il fatto che nel 2013 oltre il 50% dei neodiagnosticati avevano una conta dei CD4 inferiore a 350 cell/μL (meno di 200 cell/μL nel 37%). Per questo fenomeno dei cosiddetti *late presenter* l'Italia è ai primi posti in Europa.

Non stupisce, quindi, che nella maggior parte dei casi il test diagnostico sia stato eseguito non per prevenzione ma per la presenza di sintomatologie e manifestazioni cliniche, spesso riconducibili ad AIDS conclamata. A conferma di ciò, la maggioranza delle persone diagnosticate con AIDS non ha mai effettuato una terapia antiretrovirale. Unica nota relativamente positiva è che, grazie all'ampia disponibilità di anti-retrovirali potenti, la mortalità per AIDS è in diminuzione. I nuovi casi di HIV si registrano più tra gli stranieri che tra gli italiani: mentre in questi ultimi l'incidenza è pari a 4,9 casi su 100.000 residenti, nella popolazione straniera, rappresentata per lo più da migranti, l'incidenza nazionale è di 19,7 casi per 100.000 residenti, con punte superiori a 25 in alcune regioni (Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna).



CONCLUSIONI

L'aggiornamento sull'infezione da HIV in Italia evidenzia la carenza delle strategie di prevenzione, che non sono state in grado di ridurre l'incidenza. Nell'immediato futuro è indispensabile che ripartano campagne informative e educative e che il test per l'HIV venga offerto su ampia scala e con maggiore forza. Il fenomeno dei *late presenter* ha grande rilevanza, perché significa che un'alta percentuale di persone infette non sa di esserlo e, quindi, può trasmettere l'infezione attraverso rapporti sessuali non protetti. Consapevolezza del rischio e prevenzione dovranno essere due parole chiave del prossimo periodo, con un focus anche sulla prevenzione biomedica (profilassi pre-esposizione, ad esempio). Infine, l'elevata incidenza di infezioni tra la popolazione straniera, piuttosto che suscitare atteggiamenti discriminatori e ghezzanti, dovrà essere lo stimolo per interventi sviluppati ad hoc per i migranti e, in particolare, per quelli in stato di clandestinità, favorendone la protezione e l'accesso alle strutture sanitarie.



Problematiche e dati recenti sulla PrEP

HIV Research for Prevention - di *Claudia Balotta, Osp. Sacco, Milano*

La conferenza **HIV R4P 2014** (*HIV Research for Prevention*) tenutasi in Sud Africa lo scorso ottobre, primo evento scientifico esclusivamente dedicato alla ricerca biomedica sulla prevenzione dell'infezione, ha rappresentato un'importante occasione di presentazione dei lavori in corso sulle problematiche legate alla profilassi pre-esposizione (PrEP).



MSM: A RISCHIO, CONSAPEVOLMENTE

La presentazione di **Martina Brostrom** di UNAIDS, definita come metasintesi delle esperienze dei rapporti a rischio per gli MSM, mediante una ricerca sistematica in 9 database ha identificato 6 studi qualificanti sui temi della perdita di controllo, della costruzione della relazione, del fatalismo insieme all'omofobia e lo stigma dell'infezione, della prevenzione dell'analfabetismo e della confusione sul rischio, delle strategie per il controllo del rischio e della storia individuale dei soggetti. Le conclusioni di questi studi suggeriscono che gli MSM sono consapevoli del rischio di contrarre l'infezione attraverso i rapporti non protetti e mettono in atto alcune misure; tuttavia queste sono diverse da quelle suggerite dai loro medici i quali devono essere consapevoli di ciò e devono intraprendere strategie di informazione dettagliata e chiara.

NOVITÀ DALLO STUDIO PROUD

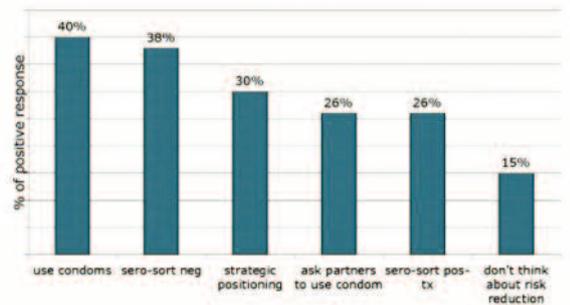
Mitzy Gafos, per lo Study Team dello studio pilota inglese PROUD (che randomizzava 545 MSM o ad avere accesso immediato alla PrEP per 2 anni o ad attendere il trattamento 12 mesi, vedi box), ha ribadito che i benefici della PrEP dipendono dalle strategie che vengono messe in atto nei confronti dei soggetti ad alto rischio che, a loro volta dipendono dalle conoscenze approfondite dei loro comportamenti sessuali. I 470 individui arruolati in questo studio (età media 35 anni, bianchi per il 79%, laureati per il 60%, inglesi per il 58%, occupati per l'82% e con una relazione fissa per

il 47%) hanno riportato negli ultimi 3 mesi una media di 10 rapporti sessuali anali, di cui 7 con partner nuovi. Il profilattico non era stato usato in una media di 2 rapporti ricettivi e di 3 rapporti insertivi. Le ragioni del mancato uso del profilattico nell'ultimo rapporto erano nel 66% dei casi un minor piacere, nel 51% un'avversione per il condom, nel 33% l'avversione del partner, nel 21%

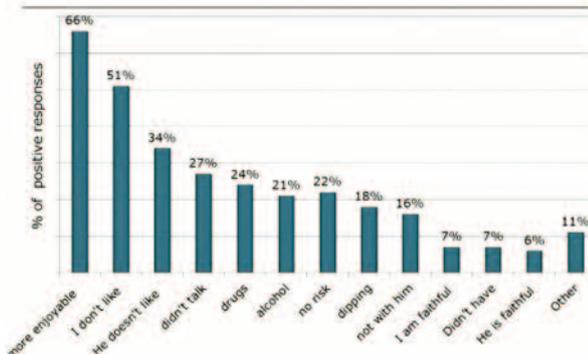
l'uso non era stato discusso, nel 23% e 22% il rapporto era avvenuto dopo il consumo di droghe ricreative o alcol (il 68% aveva consumato alcol settimanalmente e il 73% aveva usato droghe ricreative negli ultimi 3 mesi).

Rispetto all'ultimo rapporto sessuale non protetto, il 45% dei soggetti era convivente con il partner seronegativo, il 23% che fosse HIV+ ma in terapia, il 5% che fosse HIV+ non in terapia o non si era posto la domanda. Durante il rapporto sessuale il 29% non si era sentito a rischio o poco a rischio, il 47% a rischio moderato, il 23% ad alto rischio. Le strategie di riduzione del rischio riportate erano l'uso del condom nel 39%, la richiesta al partner di usare il condom nel 26%, la scelta di partner HIV- nel 38%, la scelta di 'posizioni' strategiche nel 29%, la ricerca di partner in terapia nel 23%, solo il 16% dei soggetti non riportava alcuna strategia.

General HIV risk management strategies



Reasons for not using a condom at last condomless anal sex



Il 37% aveva avuto infezioni batteriche rettali che sono risultate associate con un più alto numero di rapporti senza condom sia ricettivi sia insertivi.

Ciò che si può concludere da questi dati è che lo studio PROUD sta arruolando MSM che utilizzano saltuariamente il profilattico, che hanno una elevata frequenza di malattie sessualmente trasmesse e, malgrado la loro frequentazione di ambulatori medici e l'uso di strategie di riduzione del rischio (ricerca di partner HIV- e ricorso alla PEP) sono verosimilmente ad alto rischio di contrarre HIV.

IL PESO DELLO STIGMA

Catherine Oldenburg dell'Harvard School of Public Health di Boston ha presentato dati relativi al peso dello stigma strutturale dell'ambiente sociale che limita l'accesso ai servizi di prevenzione. Lo stigma strutturale è stato definito sulla base della densità nel territorio di coppie gay, della presenza di *Gay-straight alliances* (organizzazioni di studenti americani che si fanno carico di garantire per persone gay, lesbiche, bisessuali e transgender un ambiente sicuro e di supporto in college e università), di leggi relative agli orientamenti sessuali e dell'opinione pubblica relativa all'omosessualità.

Lo stigma strutturale è stato associato a 3 outcome: 1) il sesso anale non protetto nei 3 mesi precedenti; 2) l'aver assunto o sentito parlare di PrEP e di PEP; 3) il comfort nel discutere i comportamenti sessuali tra maschi e la prevenzione di HIV. Lo studio, che ha coinvolto 5.321

MSM HIV-, ha dimostrato che gli MSM che vivono in ambienti altamente stigmatizzanti hanno un rischio individuale più elevato di comportamenti ad alto rischio e una minore conoscenza ed accesso alle strutture biomediche

per la prevenzione e ciò li rende altamente vulnerabili ad HIV e indica che sono necessarie anche riforme nelle leggi per la protezione delle minoranze sessuali.

NEWS DAGLI STUDI EUROPEI SULLA PREP

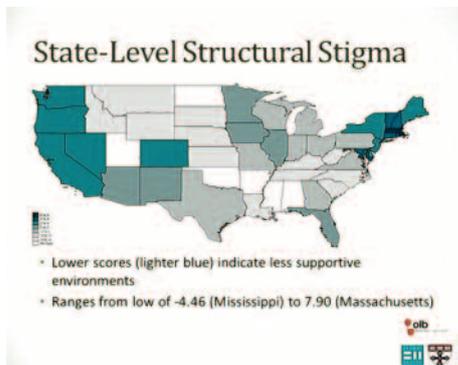
Il 16 ottobre i ricercatori dello studio inglese **PROUD** hanno annunciato che i partecipanti randomizzati ad attendere la terapia per 12 mesi potranno riceverla prima del previsto in quanto i risultati preliminari dello studio hanno mostrato che la PrEP assunta giornalmente ha un'efficacia vicina al 100% nella prevenzione di HIV negli MSM ad alto rischio.

Analogamente il 29 ottobre i ricercatori francesi e canadesi dello studio **IPERGAY** hanno fatto un annuncio analogo. Malgrado il disegno di questo studio fosse sostanzialmente diverso da quello inglese (con somministrazioni solo prima e dopo il rapporto sessuale) le conclusioni sono state uguali.

ADERENZA E GESTIONE DEL RISCHIO

L'adesione all'assunzione della PrEP è un punto molto critico nella prevenzione dell'infezione ed era stato ipotizzato che avrebbe potuto essere molto scarsa negli MSM che non fanno uso del profilattico. **Kenneth H. Mayer** del Fenway Institute di Boston ha presentato dati del Project PrEPARE, uno studio pilota che aveva l'obiettivo di valutare in MSM che non usano il condom gli effetti di un inter-

vento ad hoc, detto *Life-Steps*, (un corso di 4 incontri settimanali che affronta le barriere e i modi per facilitare l'aderenza alla PrEP). Un gruppo di controllo riceveva solo un counseling di supporto alla terapia. L'aderenza è stata misurata mediante *Wisepill* (un dispensatore di pillole munito di un dispositivo elettronico che invia un segnale ad un server ogni volta che il paziente assume una dose di farmaco) mentre i rapporti non protetti sono stati registrati giornalmente mediante invio di sms da parte dei soggetti. Lo studio ha coinvolto prevalentemente individui di razza bianca (94%) e con istruzione superiore (64%). Nei 6 mesi di osservazione il 90% dei soggetti in entrambi i gruppi ha assunto l'80% delle pillole quotidiane, dato confermato anche dalla misurazione dei livelli plasmatici dei farmaci, e non hanno modificato il loro uso del condom. Data l'elevata adesione riscontrata, i dati di questo studio suggeriscono che gli MSM disponibili a ricevere la PrEP possono essere altamente aderenti alla terapia e che interventi mirati devono essere rivolti alle persone a rischio che dichiarano o dimostrano difficoltà con l'assunzione quotidiana di farmaci.



ADHERENCE BIOMARKERS: TFV/FTC BLOOD LEVELS

3 Month Visit			6 Month Visit		
Doses in past week*	Count (%)		Doses in past week*	Count (%)	
	ISP	CBT	ISP	CBT	
None	1 (5%)	0	None	2 (11%)	2 (11%)
<7	3 (14%)	2 (10%)	<7	5 (26%)	1 (5%)
7	17 (81%)	18 (90%)	7	12 (63%)	16 (84%)

I diritti di chi lavora col sesso

di Giulio Maria Corbelli, ufficio stampa Anlaids

A novembre 2014 il network europeo **Indoors** ha pubblicato cinque "Considerazioni per l'empowerment delle sex workers". **Indoors** (www.indoors-project.eu) raccoglie associazioni da Austria, Bulgaria, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Portogallo e Spagna impegnate per l'empowerment a livello locale delle sex workers che lavorano indoors, vale a dire in appartamenti, bordelli, centri massaggi, vetrine, pub, club, saune, altri luoghi privati e su internet. Per l'Italia, l'associazione di riferimento è Le Grazie di Genova che fa parte del Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute (www.lucciole.org). Il problema della diffusione dell'Hiv tra le persone che lavorano nel sesso è stato oggetto di dibattiti che spesso sono stati gover-

nati più dal moralismo che da dati scientifici. Molti considerano i rapporti sessuali con persone che si prostituiscono una delle principali modalità di propagazione dell'infezione ma in realtà non esistono dati concreti a riguardo. Al contrario, secondo diverse analisi condotte nel nostro paese, il preservativo viene usato in più di quattro casi su cinque nei rapporti sessuali con persone che si prostituiscono (Ilaria Mulieri et al. *Sex workers clients in Italy: results of a phone survey on HIV risk behaviour and perception*, Ann Ist Super Sanità 2014 Vol. 50, No. 4: 363-368). Questo suggerisce che molte delle persone che lavorano nel sesso sono consapevoli dell'importanza della prevenzione. È vero, tuttavia, che nell'accesso ai servizi sanitari i e le sex workers incontrano alcune barriere, soprattutto se si tratta di persone straniere. Gli approcci per la salute sessuale dei lavoratori e delle lavoratrici del sesso, quindi, devono tener conto della necessità di mettere in campo interventi che aiutino queste persone ad uscire dall'isolamento o dalla invisibilità. E in questo

processo il lavoro per l'empowerment risulta decisivo.

Il progetto di **Indoors** punta proprio a questo: partendo dal riconoscere che le e i sex workers subiscono violenze, discriminazioni e stigmatizzazione a causa della loro attività professionale, i partner **Indoors** portano avanti diverse iniziative in tema di diritti umani. Il progetto fa dunque appello alle istituzioni e alle autorità pubbliche, ai governi e agli enti interessati nazionali o europei affinché prendano in considerazione

cinque punti chiave relativi all'empowerment delle/dei sex worker. Innanzitutto la decriminalizzazione del lavoro sessuale: in particolare, "Le leggi che riguardano e criminalizzano diversi aspetti del lavoro sessuale, come



quelle relative a registrazione obbligatoria, controlli sanitari obbligatori, criminalizzazione dei clienti, divieti di circolare in strada, operazioni di polizia violente, divieto di farsi pubblicità, norme contro lo sfruttamento della prostituzione e norme di ordine pubblico, dovrebbero essere riviste in modo da non ledere diritti costituzionali di base, non costringere le/i sex workers a nascondersi, non esporle/i al rischio di violenze e non aumentarne la vulnerabilità".

Il secondo punto riguarda la parità di accesso alla giustizia e di tutela giuridica per sex workers e sex workers migranti. Occorre, inoltre, porre fine della stigmatizzazione e della discriminazione, mentre la quarta rivendicazione punta a garantire continuità dei servizi sociali e sanitari a bassa soglia non giudicanti, anonimi e gratuiti. Infine occorre agevolare la partecipazione e inclusione alla programmazione dei sex workers e delle loro organizzazioni.

Il documento completo può essere consultato, anche nella versione in italiano, sul sito www.indoors-project.eu. 



Anno VI numero 69
dicembre 2014

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

Registrazione al Trib. di Roma
n. 196/2010 del 19 aprile 2010

Direttore responsabile:
Giulio Maria Corbelli
stampa@anlaidsonlus.it

Comitato di redazione:
Claudia Balotta, Fiore Crespi,
Daniela Lorenzetti, Lucia Palmisano

Progetto grafico: Gamca

Su anlaidsonlus.it/forum, il dott.
Francesco Baldasso risponde a do-
mande di ambito medico.