



**AIDS 2008**

# XXII INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE



**L.I.L.A.**



**Lega Italiana  
Lotta contro l'Aids**



**Alessandra  
Cerioli**

**MEXICO CITY**  
3-8 August 2008

## **“E necessario uno sforzo senza precedenti per la prevenzione della trasmissione dell’HIV - così com’è stato fatto con grande successo per la terapia ARV - ora”.**

Questo non è solo il messaggio che i delegati della XVII International AIDS Conference (AIDS 2008) di Città di Messico devono portare a casa, ma è la richiesta “non più rimandabile” dei maggiori esperti del mondo lanciata a chi si occupa di salute pubblica, alle persone che vivono con l’HIV (PLHIV) e, soprattutto, ai capi di governo di tutto il mondo.

Il dato che emerge nel 2008, ribadito in tutte le giornate della Conferenza, è drammatico:

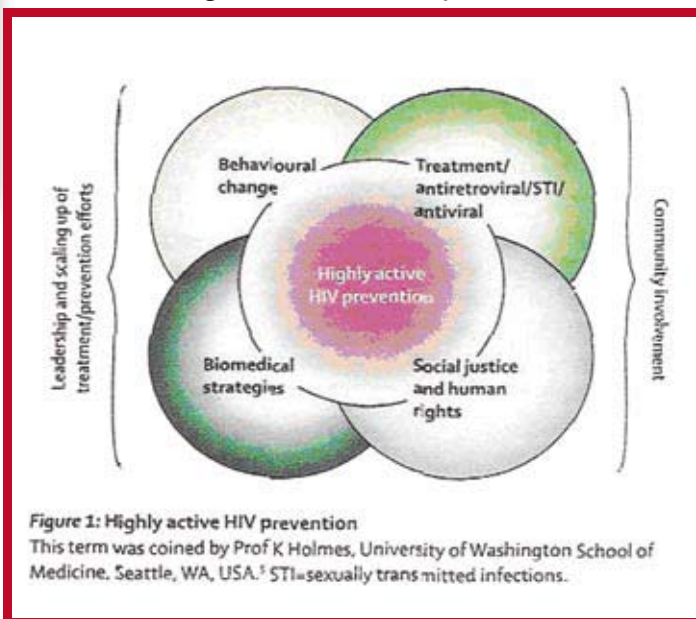
**PER OGNI PERSONA CHE INIZIA UN TRATTAMENTO ALTRE TRE ACQUISISCONO UNA NUOVA INFEZIONE.**

Leggendo cinicamente questo dato appare chiaro che se il trend continuerà con lo stesso ritmo non solo non sarà mai possibile raggiungere l’obiettivo di garantire a tutte le persone infettate dall’HIV l’accesso ai trattamenti entro il 2010, ma porterà al collasso i sistemi sanitari di molti paesi.

Il paradosso - a giudizio di molti esperti tra i quali P. Piot - UNAIDS (Direttore Esecutivo del Programma ONU che si occupa di AIDS) - sta nel fatto che, nonostante l’evidenza scientifica del buon funzionamento di alcuni interventi di prevenzione, molti governi non li applicano. “Ripercorrendo la storia dall’inizio della pandemia - afferma Piot - abbiamo visto come negli anni ‘80, anche in assenza di conoscenza scientifica e ancora prima che il virus fosse isolato, con pochissimi strumenti disponibili (solo preservativi e siringhe pulite), furono le stesse comunità omosessuali colpite dall’infezione in USA e in Europa ad attivarsi e a mostrarci come fare per contenere l’infezione.

Molti degli esperti presenti alla conferenza pensano che a ventisette anni dal 5 giugno 1981 - il triste giorno in cui vennero riportati i primi casi di

AIDS - nella risposta globale alla pandemia, l’obiettivo della prevenzione sia stato marginale rispetto all’obiettivo della cura. È invece opinione comune che cura e prevenzione, essendo strettamente collegate, debbano viaggiare insieme: nonostante le valide cure di cui disponiamo non riusciremo mai a sconfiggere la pandemia se non si metteranno in campo strategie di prevenzione efficaci. La prevenzione di cui abbiamo bisogno oggi, alla luce delle conoscenze attuali, è un intervento basato su una combinazione integrata di strumenti e approcci che vanno dalle tecniche biomediche agli interventi comportamentali.



Molte sessioni della conferenza sono state dedicate al modello di prevenzione combinata raffigurata nella tabella.

Gremitissima è stata la sessione ‘The Lancet Series on HIV Prevention’, nella quale si sono discussi gli interventi utilizzati durante questi anni, i relativi successi e i fallimenti. Gli interventi della sessione, organizzata tra gli altri da UNAIDS e OMS, sono riportati su un numero speciale della prestigiosa rivista. Questa review è il frutto di una selezionata ricerca di tutti i lavori pubblicati tra il 1981 e il 2008 su Medline e PubMed riguardanti HIV, salute pubblica, scienze sociali, ricerca clinica e di base.

# EVIDENZE ATTUALI E SFIDE FUTURE

Rispetto alla scorsa Conferenza mondiale di Toronto il clima è stato decisamente molto meno ottimistico. Allora molte speranze erano riposte soprattutto su quelle che sono definite "Nuove Tecnologie di Prevenzione" (NTP) che consistono in un approccio biomedico sinergico su più fronti, volto a ridurre il rischio d'infezione. Grandi attese erano riposte soprattutto sul vaccino Merck (studio STEP) e su alcuni microbiciidi, ma sia le sperimentazioni condotte con due gel differenti sia lo studio STEP del candidato vaccino sono state sospese per mancanza di efficacia.

In questo momento ci sono una trentina di candidati vaccini in sperimentazione in venticinque paesi, tra cui uno in Italia, ma per tutti non avremo dati affidabili prima del 2009. Nel frattempo gli unici interventi biomedici validi sono il profilattico maschile e femminile, la circoncisione maschile (efficace però solo nel ridurre l'acquisizione nell'uomo), la terapia antiretrovirale durante la gravidanza.

**RESPONSIBILITY**

together, we must create an environment where we have power over the decisions that affect our health and lives.

Nearly 50% of new HIV infections are among young people.

<http://youthaids2008.org>

MEXICO YOUTH FORCE

2008 International AIDS Conference

# Profilattico maschile



Fin dai primi anni '80 l'uso del profilattico è raccomandato per ridurre la trasmissione dell'HIV: una revisione sistematica Cochran ha stimato che il preservativo maschile riduce dell'85% la trasmissione del virus (il dato proviene da diversi studi longitudinali in coppie eterosessuali sierodiscordanti). Quando il profilattico è usato costantemente, l'efficacia arriva al 95%, ma nonostante ciò il suo utilizzo non è sempre ben accetto e non tutti gli uomini lo vogliono utilizzare.

Purtroppo l'uso del condom dipende dalla volontà maschile: molti infatti decidono di utilizzarlo solo per rapporti con partner considerati/e "a rischio", per esempio con chi si prostituisce. Tra le coppie che lo usano principalmente per scopi contraccettivi, invece, molte tendono a non usarlo durante il periodo mestruale, che è ovviamente il momento dove la trasmissione è più alta.

Negli ultimi anni si sono investite molte energie, risorse e creatività per fare diventare il profilattico più "invitante", per aumentarne la diffusione e l'utilizzo, e questo ha permesso di cambiare in parte la percezione negativa del preservativo.

# Profilattico Femminile (PF)

Il Female Condom è l'unico strumento di prevenzione attualmente disponibile che può essere utilizzato in prima persona dalla donna. Questo profilattico è in poliuretano ed è una barriera fisica che previene l'esposizione alle secrezioni genitali. Come per quello maschile, test di laboratorio ne confermano la resistenza così come diverse sperimentazioni ne hanno mostrato l'efficacia verso la trasmissione delle IST (Infezioni Sessualmente Trasmissibili). Studi di comparazione per misurare l'efficacia tra profilattico maschile e femminile hanno dimostrato un'equivalenza tra i due metodi di prevenzione, cosicché il PF è consigliato e utilizzato nei programmi di UNAIDS e OMS tanto quanto il PM. Nonostante ciò, il preservativo femminile continua a non essere sufficientemente conosciuto e disponibile come quello maschile. Una delle barriere alla sua diffusione è sicuramente il costo molto alto: in Europa una scatola di tre profilattici è di 7,50 euro. La ditta che lo produce (unica al mondo), sta elaborando strategie volte a ridurre il prezzo alla presenza di ordini elevati. Altra barriera al suo utilizzo è l'ergonomia che andrebbe sicuramente migliorata, tuttavia nuovi modelli sono in fase di sperimentazione. Positivo è il fatto che molti governi hanno inserito il PF all'interno dei programmi di prevenzione.

# Un esempio in Europa: LA FRANCIA

In Francia, fin dal 1997, il PF (Profilattico Femminile) è uno strumento largamente utilizzato dalle singole donne o all'interno delle coppie. Nel 1999 il suo uso fu incoraggiato direttamente dal governo nazionale all'interno di un programma nel quale, prima di tutto, furono affrontate le questioni critiche e gli ostacoli al PF come: mancanza d'informazione, accesso per le donne, scarsa accettabilità sia dal punto di vista della donna ma soprattutto da parte di medici, farmacisti, di tutti quei soggetti deputati a promuoverlo. Questo focus diede vita a una elaborazione di strategie volte a migliorarne l'informazione, l'immagine e la diffusione attraverso una campagna informativa e educativa.

Dal 2000 al 2003 il Ministero della Salute sviluppò un'iniziativa insieme alle farmacie che permise di ridurre drasticamente il prezzo per un periodo limitato di tempo per ogni anno. Una ricerca su questa iniziativa ha dimostrato che in quel periodo le vendite erano aumentate del 1000%. Considerando questi dati, nel 2003 il governo francese utilizzò una parte dei fondi sull'AIDS per estendere il programma di riduzione del prezzo e promuovere stabilmente il PF nelle farmacie.

Adesso il programma, che ha numerosi partner oltre ai farmacisti (società di ginecologia, consultori e molti altri soggetti che si occupano della salute sessuale e riproduttiva delle donne), prevede un sito ad hoc di informazione, campagne informative durante alcuni eventi particolari come il 14 febbraio/San Valentino, un packaging invitante disegnato da artisti/e. In questi undici anni di interventi più di sette milioni di PF sono stati venduti in Francia.

Ricerche di mercato attuali confermano che la vendita è in continuo incremento facendo entrare il PF nella lista degli strumenti per ridurre la trasmissione dell'HIV utilizzati nel paese.

*In Italia il PF è ancora sconosciuto alle donne, agli uomini, ai farmacisti/e, a chi si occupa di salute sessuale e riproduttiva della donna.*

*In Italia si può acquistare una confezione contenente 3 PF a 7,50 euro nei sexy shop, su internet e in pochissime farmacie.*

L'unica ONG che li distribuisce gratuitamente è Lila

[http://www.lila.it/info\\_aids\\_femidom.htm](http://www.lila.it/info_aids_femidom.htm)



# Controllo delle altre infezioni sessualmente trasmesse (ITS)



Fin dal 1990 quattro studi clinici randomizzati (RCT) hanno dimostrato che diagnosi e cura delle ITS riducono la probabilità della trasmissione dell'HIV.

## Herpes simplex virus di tipo 2 (HSV2)

Altro esempio di strategie di riduzione del rischio è la profilassi dell'Herpes Simplex Virus di tipo 2 (HSV2). È infatti dimostrato che esiste una sinergia tra questi due virus che espone una persona positiva all'Herpes genitale a un rischio maggiore d'infezione da HIV. Purtroppo molti studi presentati dimostrano che la profilassi per ridurre le recidive non diminuisce significativamente il rischio di acquisire l'HIV ma diminuisce solo le reminiscenze del HSV2.



## Microbicidi

Una delle delusioni più commentate nel corso della conferenza riguarda le sperimentazioni interrotte prematuramente su due microbicidi vaginali. Si sperava molto nell'efficacia dei microbicidi: pomate in gel a base di sostanze attive contro il virus da introdurre in vagina prima di un rapporto senza profilattico. I microbicidi per ora sono strumenti destinati al sesso vaginale, ma proprio per questo sono importantissimi: la disegualianza tra i sessi (in sfavore della donna) è riconosciuta essere uno dei fattori fondamentali dell'aumento della percentuale delle donne colpite dall'HIV nel mondo, soprattutto là dove la gestione del rapporto sessuale e l'utilizzo del profilattico maschile all'interno della coppia è appannaggio solo dell'uomo, indipendentemente dalla volontà della partner. Nel 2007 le sperimentazioni condotte con due gel differenti sono state sospese per mancanza di efficacia e attualmente sono solo due i gel vaginali in fase di avanzata sperimentazione, una loro prima analisi di efficacia è attesa nel 2009.

## Circoncisione

Fin dal 1980 alcuni studi osservazionali hanno evidenziato che in paesi dove la circoncisione è pratica comune vi è una minor prevalenza di HIV nella popolazione generale.

Nel 2005 -2006 i risultati di tre RCT (Randomized Controlled Trial) condotti in Africa su circa 10.000 uomini eterosessuali hanno dimostrato che la circoncisione riduce del 60% il rischio di acquisire l'HIV attraverso il sesso vaginale. Sulla base di questi risultati, a marzo 2007 sia OMS che UNAIDS hanno incluso la circoncisione nella lista delle strategie di prevenzione raccomandate.

Successivamente, in un RCT condotto su coppie sierodiscordanti, 1015 uomini sieropositivi non ancora circoncisi sono stati randomizzati in due gruppi: il primo è stato circonciso nell'immediato, il secondo nel corso dei due anni della durata dello studio. Dati preliminari hanno mostrato che il rischio di trasmettere l'HIV da uomo a donna non si riduce anche se l'uomo HIV positivo è circonciso (5 su 18 donne sono diventate sieropositive). La non riduzione della trasmissione dell'HIV pare essere correlata alla ripresa dell'attività sessuale prima che la cicatrizzazione sia completata, cioè entro le otto settimane.

Questo studio - presentato al CROI lo scorso febbraio - è stato criticato per possibili bias statistici (errori), tuttavia indica chiaramente che negli otto mesi successivi alla circoncisione il rischio di trasmissione dell'infezione aumenta. Nessun dato è attualmente disponibile su circoncisione/rapporto anale e trasmissione dell'HIV.



## Vaccini



Di tutti i candidati vaccini in varie fasi di sperimentazione (circa una trentina) l'unico in fase III è lo studio ALVAC - HIV vCP1521 in corso in Thailandia su 16000 persone (risultati attesi nel 2009). È un vaccino che agisce sulla glicoproteina 120, potenziato, ricombinante che utilizza il vettore canary pox per trasportare i geni HIV con l'obiettivo di attivare la risposta del sistema immunitario.



# PREVENZIONE con antiretrovirali (ARV)

Molte delle nuove tecnologie di prevenzione per ridurre la trasmissione di HIV in sperimentazione comprendono l'utilizzo di ARV per via orale e per uso topico; questa tecnica è denominata PREP (profilassi pre - esposizione )

## PREP orale:

- \* Utilizzo del Tenofovir su 2400 donne uomini tossicodipendenti attivi che utilizzano siringhe in Thailandia, risultati nel 2008.
- \* Utilizzo del Truvada in 1200 uomini e donne eterosessuali in Botswana, risultati nel 2010.

## PREP uso topico:

- \* Utilizzo di un gel contenente 1% di Tenofovir su 980 donne in Sudafrica, risultati nel 2010.

Non sono poche le sfide che la PREP dovrà affrontare se questi studi dimostreranno una prima efficacia. È prioritario infatti chiedersi fin da ora se la PREP potrà essere utilizzata davvero come profilassi nella vita reale, considerando i problemi già noti: grado di aderenza necessario all'efficacia, disuguaglianza di efficacia tra uomini e donne correlata all'aderenza stessa, insorgenza di resistenze che verosimilmente precluderanno molte scelte terapeutiche disponibili alle persone che (pur avendo assunto la PREP) si saranno infettate, la tossicità a lungo termine, la durata dell'efficacia e infine – fattore non irrilevante - i costi economici, visto i prezzi della ARV.

## LA TERAPIA ARV RIDUCE LA TRASMISSIONE DELL'HIV

Nonostante non sia ancora possibile oggi eradicare l'HIV dall'organismo, come per qualsiasi altra malattia infettiva il controllo del virus attraverso la terapia ARV riduce la trasmissione e la diffusione dell'infezione. Questa evidenza è basata sui dati che hanno dimostrato che alti livelli di carica virale dell'HIV sono associati a un'alta trasmissione dell'infezione, al contrario l'ARV riduce la carica virale nel sangue e nelle secrezioni genitali in donne e uomini.

# POSIZIONE SVIZZERA

Sulla base di quattro studi osservazionali di corte su coppie sierodiscordanti che hanno dimostrato quanto sia bassa la trasmissione del virus se la persona con HIV ha la carica virale soppressa, la Commissione Nazionale Svizzera ha modificato le proprie Linee Guida nella parte che riguarda le coppie stabili sierodiscordanti monogame. Per la prima volta al di fuori della trasmissione materno fetale, si considera l'assenza di rischio di trasmissione sessuale dell'HIV *da persone HIV positive in terapia anti-retrovirale con carica virale < 50 cp/mL da almeno 6 mesi e " pienamente aderenti" al regime terapeutico prescritto senza altre MTS.*

Quest'affermazione ha generato molte perplessità e molte opinioni contrarie in tutto il mondo. Peraltro, è stato lo stesso Pietro Vernazza, presidente della Commissione Nazionale Svizzera, a spiegare nei dettagli durante la sessione pomeridiana "HIV Trasmissione under ARV" l'approccio delle Linee Guida (LG) svizzere mettendo dei paletti.

- 1) L'ARV non sostituisce il profilattico.
- 2) La decisione nella coppia stabile di non usare il preservativo è presa da entrambi i/le partner e/o all'interno di un counselling mirato.
- 3) La coppia deve essere monogama e la PLHIV perfettamente aderente alla ARV, non devono essere presenti altre ITS.

Come lo stesso Vernazza ha affermato più volte, la posizione svizzera si può definire come:

*“ Una buona notizia per un ridottissimo numero di persone, ma per tutti gli altri i vecchi messaggi di prevenzione rimangono invariati”.*

Tra questo numero ridotto di persone vi sono anche le coppie sierodiscordanti che decidono di avere un bambino e che in questo modo, ma sempre sotto controllo medico, possono anche ricorrere alla fecondazione per via naturale.

Le LG svizzere si propongono di regolamentare e rendere più sicuro, attraverso la partecipazione del medico alla vita delle coppie, quello che nella vita reale molte coppie sierodiscordanti fanno già. Inoltre ha guidato questa coraggiosa decisione anche un motivo politico; infatti, da alcuni anni, le leggi svizzere prevedono la persecuzione penale per le PLHIV che hanno rapporti non protetti anche con il consenso del/la

partner informato/a dello stato sierologico HIV positivo. La condanna della PLHIV può avvenire anche in caso di mancata trasmissione dell'infezione, semplicemente per aver esposto il/la partner (benché consenziente) al rischio di infezione.

4) Queste LG hanno l'obiettivo di ridurre al minimo la differenza d'informazione tra medici e pazienti, dando un messaggio chiaro volto a prevenire false informazioni che circolano tra i pazienti senza nessun controllo e supporto scientifico.

Nell'intervento successivo Nikos Dedes, persona sieropositiva, coordinatore del Policy Working Group dell'European Aids Treatment Group (EATG), supporta in pieno la posizione svizzera ponendo l'accento sul cambio del paradigma.

*“Per la prima volta possiamo non considerare noi stessi come una minaccia costante per la vita degli altri”.*

Anche se limitato a un ridotto numero di persone, questa novità aiuta certamente a ridurre stigma e discriminazione che hanno sempre caratterizzato l'HIV/AIDS, riduce la paura della rottura del preservativo, della reinfezione in caso che entrambi partner siano HIV positivi e, infine, introduce un'opzione importante: il sesso senza profilattico, che è un elemento essenziale a favore di una intimità e di un piacere maggiore nelle coppie stabili.

Dopo l'uscita delle nuove linee guida (gennaio 2008), la Commissione ha eseguito una ricerca mediante un questionario distribuito a 185 PLHIV, di cui 134 (72%) a conoscenza delle Linee guida. Il 62% di queste ha dichiarato un parere molto positivo, il 26% positivo, rispetto a questo cambiamento nelle LG e all'impatto che ha prodotto sia nella propria vita, sia nella riduzione dello stigma generale percepito.

In seguito alle LG 18 PLHIV su 134 hanno cambiato il comportamento sessuale, di questi 11 hanno intrapreso il sesso non protetto in accordo con il/la loro partner HIV negativo/a, 7 hanno fatto lo stesso benché nella coppia entrambi fossero HIV positivi. Inoltre 4 persone hanno dichiarato di comportarsi già così in accordo con il proprio medico, mentre 2 persone nonostante non abbiano un partner fisso hanno deciso di iniziare la ARV.



# PREVENZIONE POSITIVA (PP)

Sono raggruppate sotto il termine di “positive prevention” le strategie di prevenzione rivolte alle persone sieropositive.

In Europa la maggioranza delle PLHIV rimane sessualmente attiva dopo aver ricevuto l'esito del test positivo, di queste la maggioranza assume di conseguenza comportamenti non a rischio. Attualmente però stanno aumentando i casi di persone che hanno contratto l'HIV ma che scoprono di esserlo solo dopo molti anni con all'apparire dei sintomi della fase conclamata. Secondo il Centro di Controllo Europeo (ECDC) solo due terzi delle PLHIV in Europa sono consapevoli di esserlo. I rapporti non protetti sono molto minori tra le PLHIV che conoscono il proprio stato sierologico rispetto a quelle che lo ignorano, per questo motivo la possibilità di trasmettere l'HIV è 3,5 volte più alta per quelle persone che non conoscono il loro status rispetto a quelle che lo conoscono.

Nonostante questi dati confortanti, ridurre ulteriormente la vulnerabilità, migliorare la salute e la qualità della vita delle PLHIV dovrebbe essere alla base di ogni programma di prevenzione visto che quando una persona diventa HIV positiva il contesto di

vulnerabilità non si riduce ma, al contrario, deve affrontare nuove problemi e tutti i preconcetti sociali e culturali che la società ha costruito intorno all'AIDS (stigma e discriminazione). Tutto ciò provoca nell'immediato uno stato di solitudine e paura che può limitare l'accesso ai servizi e alle informazioni approfondite sul proprio stato di salute sia per se stessi sia per i propri/e partner. Per queste ragioni ogni programma di prevenzione efficace dovrebbe comprendere anche delle strategie rivolte alle PLHIV.

*Paragrafo tratto da “Resposta” Programma del Governo Brasiliano contro l'AIDS*



## CRIMINALIZZAZIONE DELLA ESPOSIZIONE ALL'HIV



Sono sempre più numerose le sessioni dedicate a questo tema, che negli ultimi anni ha visto un incremento dei numeri di processi per l'esposizione o trasmissione dell'HIV, anche perché in alcuni Stati i legislatori hanno identificato nuovi reati specifici su questo argomento. Per maggiori informazioni sulla criminalizzazione si può consultare sul sito [www.lila.it](http://www.lila.it) il documento “Le 10 ragioni che spiegano perché la criminalizzazione della trasmissione dell'HIV è una pessima strategia di salute pubblica”.

# Storia e sfide della prevenzione al virus



Ripercorrendo la storia, emerge chiaramente il dualismo controproducente che ha coinvolto molti dei settori impegnati nella lotta alla pandemia. Questa contrapposizione di opinioni, tuttora presente, riguarda in particolare le strategie di prevenzione e non permette la sinergia sanitaria e politica necessaria per vincere la lotta contro il virus.



## PLHIV e società civile: i primi a rispondere



Nel giugno 1981 furono segnalati i primi casi di AIDS. Nei primi mesi del 1982 la comunità omosessuale statunitense ed europea pubblicò i primi opuscoli informativi inventando il termine SAFE SEX, indicando come cambiare i comportamenti sessuali nell'era dell'epidemia, diffondendo e promuovendo l'utilizzo del preservativo.

Nel 1983 un piccolo gruppo di persone a Denver costituì il primo Community Advisory Board scrivendo i "Principi di Denver".

Questo documento diede una svolta al ruolo delle PLHIV che pubblicamente rifiutarono la definizione di malati – vittime o colpevoli, definendosi People Live with HIV/AIDS (PLHIV/AIDS), guadagnandosi così un ruolo centrale nella lotta contro la pandemia.



# LA RISPOSTA DELLE ISTITUZIONI

La risposta istituzionale tardò cinque anni a farsi sentire. Nel 1987 l'OMS lanciò il Global Programme on AIDS (GPA) attraverso il quale il direttore Jonathan Mann spiegò al mondo che solidarietà e diritti umani per le PLHIV erano la chiave per affrontare la risposta alla pandemia. Il GPA contemplò fin dal 1987 nelle proprie strategie di prevenzione: la promozione del profilattico, la diagnosi e trattamento delle altre ITS, l'educazione sessuale per i giovani comprensiva dell'informazione nelle scuole, i programmi di scambio e distribuzione di siringhe pulite. Finalmente anche a livello istituzionale si abbandonarono termini sciagurati come peste dei gay, categorie a rischio, per usare termini come comportamenti a rischio, popolazioni vulnerabili. Il 1990 - grazie ai numerosi donatori - fu un anno di grande espansione del GPA e in molti paesi si avviarono dei programmi nazionali su HIV/AIDS. Il Brasile e il Senegal, per esempio, accettarono da subito di seguire le indicazioni del GPA istituendo dei piani nazionali di prevenzione e cura molto radicali e riuscendo così a contenere da subito l'infezione. Altri paesi come Uganda e Thailandia hanno raggiunto buoni risultati nel 2001 (ottimo l'intervento thailandese sulla prevenzione sessuale e sulla prostituzione, ma inaccettabile e drammatico l'atteggiamento della Thailandia nei confronti dei consumatori di sostanze illegali a cui ancora oggi si nega l'accesso ai programmi di Riduzione del Danno, ndr)

La differenza di vedute e di approccio alla prevenzione su argomenti come diritti umani e discriminazione, disuguaglianza di genere, empowerment della donna, riconoscimento dei differenti orientamenti sessuali, introduzione della educazione sessuale per i giovani, programmi per il contenimento dell'utilizzo di droghe basati sulla RDD (disponibilità di metadone, buprenorfina e siringhe pulite), promozione dei profilattici maschile e femminile e infine la prostituzione, non permette ancora oggi una armonizzazione tra la "prevenzione teorica", cioè quello che si dovrebbe fare, e la pratica, inficiando così la ricaduta effettiva a livello locale.

Il 1° gennaio 1996, dopo soli otto anni dalla nascita, il GPA fu chiuso e sostituito dal Joint UN Programme on HIV/AIDS, oggi sponsorizzato da 10 agenzie dell'ONU, con il mandato di coordinare la risposta globale alla pandemia. Questo cambio guidato da molti stati membri dell'ONU con il supporto della maggioranza della società civile, fu giustificato principalmente da tre ragioni: la difficoltà dell'OMS a intervenire a livello locale in molti paesi e a coordinarsi con i governi locali, la volontà di armonizzare le strategie tra le diverse agenzie dell'ONU, ma soprattutto vi era la ferma convinzione che la creazione di UNAIDS fosse la cosa migliore per garantire una risposta globale multisetoriale che prevedesse anche il pratico supporto agli interventi di salute pubblica.



Nonostante questi risultati incoraggianti, molti governi rifiutarono invece di seguire le indicazioni e l'approccio del GPA soprattutto per la "delicatezza delle problematiche da affrontare legate alla trasmissione dell'HIV", problematiche che crearono non poche tensioni anche tra OMS, governi, agenzie dell'ONU, dicotomie che purtroppo esistono ancora oggi (per esempio tra UNAIDS e UNDCP, Programma dell'ONU per il controllo sulla Droga ndr)

Purtroppo, come ci è stato mostrato durante una delle plenarie, nonostante il Joint UN Programme on HIV / AIDS, queste dicotomie non sono state superate, un esempio eclatante è la " War on Drug " supportata dall'assemblea generale dell'ONU sulle droghe (UNGASS) ma in forte contrasto con la Position Papers dell'UNGASS sull'AIDS.

## Conflicting Policies

### UNGASS on AIDS

- ◆ By 2005 ensure wide range of prevention programmes .....

Expanded access to essential commodities, including.....

Condoms and sterile injecting equipment; harm reduction efforts related to drug use;

### UNGASS on DRUGS

- ◆ Vienna Convention 1988 established stricter obligations to criminalise all aspect of cultivation, production, distribution and possession of illicit drugs
- ◆ Commits governments to substantially reduce illicit drug demand and supply by 2008

Nonostante che nel 2005 metadone e buprenorfina siano entrate nella lista dei farmaci essenziali dell'OMS, solo in 63 paesi questi due farmaci sono disponibili.

Attualmente sono 10 i paesi nei quali la principale via di trasmissione è ancora l'utilizzo di sostanze per via iniettiva: Cina, Georgia, Indonesia, Kazakhstan, Kirgizstan, Malaysia, Russia, Tajikistan, Ucraina, Vietnam. Anche in Africa, soprattutto in Kenya e in Nigeria, s'inizia ad avere una rilevante incidenza causata dall'uso di siringhe infette.

Molti degli esperti presenti concordano sul fatto che dal 1988 a oggi la "War on Drug" non ha dato buoni risultati - la diffusione e la coltivazione della droga è aumentata in tutto il mondo,

così come il mercato illecito che ha visto incrementare i propri profitti - anche perché, se non esistono programmi che permettano ai tossicodipendenti di smettere, la domanda non può diminuire. Infatti, gli unici che non hanno tratto benefici dalla "War on Drug" sono stati proprio i tossicodipendenti che sono finiti ancora di più nella illegalità che ha facilitato a molti di loro di diventare HIV+.

Tragico e paradossale è stato ascoltare che nei 10 paesi sopraelencati l'unico supporto per i consumatori di sostanze illegali proviene da progetti della società civile finanziati da donatori privati esteri o dal Fondo Globale per la Lotta contro AIDS Tubercolosi e Malaria.

## PREVENZIONE: LA VIA DA SEGUIRE OGGI

Nonostante l'evidenza scientifica che supporta le strategie di prevenzione volte a cambiare il comportamento sessuale, gli interventi di questo tipo arrivano a meno del 10% delle persone che hanno comportamenti a rischio.

Come ricorda Thomas Coates dell'Università della California intervenire sui comportamenti significa prima di tutto essere consapevoli che gli esseri umani fanno attività sessuale per molti motivi differenti: per procreare, per piacere, per

denaro o perché semplicemente non hanno scelta. La prevenzione dell'HIV deve arrivare a tutte queste persone fornendo strumenti psicosociali e biomedici adatti e mirati, che permettano loro di modificare il comportamento e di mantenere un buono stato di salute.

L'espansione di tali servizi potrebbe dimezzare il numero di nuove infezioni entro il 2015 e far risparmiare 24 bilioni di dollari a livello globale per acquistare trattamenti.

# Strategie comportamentali e percezione del rischio, L'INDIA INSEGNA

Recentemente sta crescendo l'evidenza che sia la struttura sociale di alcuni gruppi vulnerabili sia i comportamenti collettivi aumentano o diminuiscono la vulnerabilità all'HIV indipendentemente sia dalla esposizione al virus sia dall'accesso alla prevenzione, intesa come mero intervento sanitario all'HIV. Uno studio del 2006 condotto tra 6000 lavoratrici sessuali indiane ha dimostrato come la mancanza di conoscenza sulla trasmissione è altamente correlata con un uso minore o inesistente del profilattico. Ha però anche rivelato che in questa popolazione i soli programmi d'informazione di base possono non essere sufficienti a fare crescere consapevolezza e percezione del rischio: consapevolezza, reddito, livello scolastico individuale, non sono stati da soli i fattori determinanti per cambiare il comportamento verso l'utilizzo del profilattico. È risultato

invece significativo come la NON partecipazione ai gruppi di supporto tra pari che sono stati organizzati e finanziati dal governo sia stata associata all'aumento maggiore di 3 volte il rischio di non utilizzare il profilattico, quindi all'esposizione al virus.

Alle stesse conclusioni - anche se con differenze tra i gruppi meno rilevanti - si è arrivati attraverso uno studio su MSM (uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini).

La prevenzione e il cambio dei comportamenti rimangono oggi una delle priorità sanitarie mondiali sia per i paesi con risorse limitate sia per i paesi industrializzati. Non vanno ripetuti gli errori fatti a metà degli anni '90, quando HIV e AIDS sono usciti dall'agenda politica di molti governi e il virus ha potuto diffondersi indisturbato.

## SETTE SUGGERIMENTI DEL PANEL DI ESPERTI AI GOVERNI

È necessario che ogni paese abbia un programma nazionale di prevenzione efficace, strutturato e programmato come segue:

- 1. “Conoscere la propria epidemia” attraverso analisi che facciano capire per quali comportamenti o in che gruppi l'infezione si sta diffondendo.
- 2. “Conoscere la risposta” e assicurarsi che sia rivolta proprio nella direzione giusta.
- 3. Destinare risorse dove si sa che si possono fare interventi efficaci di riduzione del rischio di trasmissione.
- 4. Attuare in maniera sistematica un piano per la prevenzione, con chiara responsabilità a fornirla a tutti i soggetti interessati, non solo individualmente ma su un piano socio-culturale.
- 5. Investire nella capacità delle organizzazioni governative e non governative come partnership contro la diffusione dell'infezione.
- 6. Utilizzare tutti gli strumenti a disposizione, comprese le politiche sociali; supportare gli interventi delle comunità di PLHIV.
- 7. Predisporre meccanismi per verificare l'efficacia dei propri interventi ed esaminare le necessarie implementazioni.



Factor	Concentrated epidemics	Generalised epidemics	Potentially mixed epidemics
Geographic areas	North, Central and South America, Europe, Middle East, Asia, Australasia	Most of southern Africa and parts of east Africa	Parts of the Caribbean, west Africa, horn of Africa, and the Pacific region
Priorities needed for surveillance, monitoring, and evaluation	Far greater emphasis on biological and behavioural surveillance of vulnerable groups (sex workers, men who have sex with men, injecting drug users)	Antenatal and episodic population-based surveillance	Both vulnerable group and antenatal/general population surveillance
Analysis	HIV prevalence, mapping, population-size estimation, behavioural interactions within vulnerable groups and between vulnerable groups, and their sexual or injecting partners	Greater focus on understanding how to fundamentally change societal norms of sexual behaviour	Greater focus on understanding transmission dynamics, including behavioural interactions between vulnerable groups and general population
Investments	Invest in surveillance, targeted interventions for vulnerable groups, and stigma-reduction campaigns for general population	Investments should focus on promoting normative and social change to reduce multiple and concurrent partnerships, and to greatly increase availability of safe and affordable male circumcision services	Investments should be matched to sources of transmission, which may vary across subnational regions and over time
Interventions	Goal is saturation coverage of vulnerable groups	Goal is to help change community norms, values, and sexual behaviour at population level, and to frame male circumcision within broader rubric of male reproductive health and HIV prevention/behaviour change	Goal is to relate interventions to transmission sources and maintain objective balance between targeted and general population activities
Key research questions	How to reach vulnerable groups with high coverage of high-quality targeted interventions	How to change fundamental community norms and to de-norm multiple and concurrent partnerships at population level	How to more accurately estimate relative proportion of infections from different transmission sources, and how to combine vulnerable group and general population interventions to reflect transmission patterns

Table: HIV epidemic characteristics and priorities

## L'importanza di collaborare con UNAIDS

Lo scorso giugno 2008 si è svolta la programmatica UNGASS, Assemblea Generale dell'ONU sull'AIDS durante la quale in conformità con la Dichiarazione d'impegno sull'HIV/AIDS delle Nazioni Unite firmato dagli Stati membri nel giugno 2001, 122 paesi hanno presentato le loro relazioni sullo stato di avanzamento delle politiche per arginare l'AIDS. Le relazioni, che sono presentate ogni due anni, riflettono i progressi compiuti dai paesi nella loro risposta all'epidemia.

*Tra i 122 "Country Progress Report" assente il report del governo italiano. Italia e Stati Uniti sono stati gli unici due paesi membri del G8 a non presentare il report nel 2008, gli Stati Uniti però lo presentarono nel 2006. Non giustificabile l'assenza della situazione italiana con la mancanza del sistema di sorveglianza perché la Spagna, che è senza sorveglianza come noi, ha presentato un ricchissimo report. Per consultazione: [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080131\\_UNGASS\\_2008\\_CPR.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080131_UNGASS_2008_CPR.asp)*

Durante l'assemblea del 2008 di UNGASS si sono ridefiniti e integrati gli indicatori utilizzati per i "Country Progress Report". Alcuni di questi indicatori scelti, tenendo conto della base socio-culturale del proprio paese, sono oggi utilizzati da alcuni stati membri come strumento di controllo delle proprie politiche sull'AIDS a livello locale.



# INDICATORS FOR UNGASS 2008 REPORTING

1. Domestic and international AIDS spending by categories and financing sources
2. National Composite Policy Index
3. Percentage of donated blood units screened for HIV in a quality assured manner
4. Percentage of adults and children with advanced HIV infection receiving antiretroviral therapy
5. Percentage of HIV-positive pregnant women who receive antiretroviral drugs to reduce the risk of mother-to-child transmission
6. Percentage of estimated HIV-positive incident TB cases that received treatment for TB and HIV
7. Percentage of women and men aged 15-49 who received an HIV test in the last 12 months and who know their results
8. Percentage of most-at-risk populations who received an HIV test in the last 12 months and who know their results
9. Percentage of most-at-risk populations reached with HIV prevention programmes
10. Percentage of orphans and vulnerable children aged 0-17 whose households received free basic external support in caring for the child
11. Percentage of schools that provided life skills-based HIV education within the last academic year
12. Current school attendance among orphans and among non-orphans aged 10-14
13. Percentage of young women and men aged 15-24 who both correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and who reject major misconceptions about HIV transmission
14. Percentage of most-at-risk populations who both correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and who reject major misconceptions about HIV transmission
15. Percentage of young women and men aged 15-24 who have had sexual intercourse before the age of 15
16. Percentage of adults aged 15-49 who have had sexual intercourse with more than one partner in the last 12 months
17. Percentage of women and men aged 15-49 who have had more than one sexual partner in the past 12 months reporting the use of a condom during their last sexual intercourse
18. Percentage of female and male sex workers reporting the use of a condom with their most recent client
19. Percentage of men reporting the use of a condom the last time they had anal sex with a male partner
20. Percentage of injecting drug users reporting the use of a condom the last time they had sexual intercourse
21. Percentage of injecting drug users reporting the use of sterile injecting equipment the last time they injected
22. Percentage of young women and men aged 15-24 who are HIV infected
23. Percentage of most-at-risk populations who are HIV infected
24. Percentage of adults and children with HIV still alive and known to be on treatment 12 months after initiation of antiretroviral therapy
25. Percentage of infants born to HIV-infected mothers who are infected

La chiusura della sessione "The Lancet Series on HIV Prevention" è stata una vera e propria Call to Action sulla prevenzione affidata a P. Piot (UNAIDS).

**NON CI RESTA CHE RIPORTARLA SPERANDO CHE TUTTO CIÒ  
SIA RECEPITO ANCHE NEL NOSTRO PAESE.**



# CALL TO ACTION

## 1. We urge governments, communities and scientists to fully implement combination HIV prevention, and urge the international community to mobilize all the support necessary for this effort.

- Every HIV/AIDS programme must know its epidemic and its response, by an analysis of where the epidemic is, where the next 1000 HIV infections are likely to come from, and where socioeconomic change suggests they could come from in 10 years time
- Focus on an optimal mix of quality efforts in terms of what is most needed for the populations most affected and most at risk, respecting different types of evidence, and connecting HIV prevention with treatment efforts
- Scale up coverage to optimal levels to ensure universal access to HIV prevention, starting by using what we have more effectively and giving access to basic programmes for HIV prevention (eg, condoms and prevention of mother-to-child transmission)
- Set specific, ambitious, and actionable targets to reach universal access to HIV prevention
- Generate systematic social change to prevent the spread of HIV and reduce vulnerability to it, by using the full range of contemporary media, reforming discriminatory laws, supporting access to justice, creating safe spaces away from gender-based violence, and prosecuting sexual violence

## 2. We call for sustained political and technical leadership for the AIDS response

- Adopt HIV prevention as a national cause, and rally support for the cause in every possible context, including workplaces, schools, communities, and places of worship
- Establish clear responsibility and accountability for HIV prevention efforts, and make sure that national prevention taskforces are established to push prevention goals
- Muster the political courage to advocate scientifically sound approaches in sensitive areas of sexuality, gender, and drug use, including the full set of effective harm-reduction methods in relation to HIV and injecting drug use, addressing sex education to children before they become sexually active, and including sexual minorities in HIV programmes
- Support governments and donors to deliver on a shared commitment to predictable and sustained financing for HIV prevention that eliminates duplication and minimises transaction costs
- Guide AIDS responses in a spirit of pragmatism and science, instead of using HIV/AIDS as a vehicle to advance dogma of any kind

## 3. We urge international institutions, national governments, and community activists to work to build demand for HIV prevention

- Develop a broad HIV-prevention movement, grounded in the strengthening of natural constituencies for HIV prevention in the communities of those who are most vulnerable and affected
- Support HIV-prevention literacy at all levels, linked to the successful scaling up of treatment literacy
- Identify and promote bold advocates and public models for changing harmful social, behavioural, and legal norms and practices
- Create an active coalition between the movement for HIV prevention and the movement of people living with HIV/AIDS, and link this coalition with other motors of social change, including treatment activists, entrepreneurs, rights activists, and women's and youth activists

## 4. We urge scientists, research funders, and programme planners to broaden the HIV-prevention research agenda

- Create an agenda for operations research and evaluation and ensure its funding, focused on what strategies work best under what circumstances and how best to deliver them
- Research novel approaches to implementation science and interdisciplinary applications to elucidate ways to tackle the structural drivers of the epidemic
- Continue the concerted and coordinated search for an HIV vaccine
- Invest in research on many potential HIV-prevention technologies, including microbicides and antiretroviral prevention

## 5. We call for immediate investment in building capacities at all levels for HIV-prevention efforts

- Invest in managerial, technical, and implementation capacity for national HIV/AIDS authorities, to allow them to direct the HIV-prevention response with confidence
- Invest equally in capacity building in the community sector, which has the lion's share of responsibility for HIV prevention
- Adopt a combination approach to capacity building in governmental and non-governmental sectors, by developing a cadre of competent HIV-prevention personnel in the range of professional disciplines that are needed to make up a strong HIV-prevention response
- Invest in the capacity for HIV-prevention policy, research, and assessment





# PARTECIPA ANCHE TU ALLA LOTTA CONTRO L'AIDS

**ANCHE QUEST'ANNO DONA  
IL TUO 5 PER MILLE A SOSTEGNO  
DI LILA NAZIONALE!**

## CHE COS'È IL 5 PER MILLE?

E' il tuo contributo a sostegno del volontariato!



La Legge finanziaria (Legge 23 dicembre 2005, n. 266) ha previsto per l'opportunità per il contribuente di sostenere la ricerca e il volontariato destinando il 5 per mille dell'IRPEF dovuto all'erario similmente a quanto già previsto per l'8 per mille.

Le attività che possono essere sostenute sono quelle del volontariato, della ricerca scientifica, sanitaria e universitaria e delle attività sociali attivate dal Comune di residenza del contribuente. Il concetto è abbastanza rivoluzionario poichè il 5 per mille permette al cittadino di indirizzare una quota dell'imposta dovuta allo Stato trasferendo quote di potere e di responsabilità dallo Stato alla società anzi, ai cittadini stessi e alle loro organizzazioni.

Infatti, in sede di compilazione della dichiarazione dei redditi, il contribuente può apporre la propria firma a fianco dell'opzione prescelta (nel caso delle Onlus l'opzione è la casella "a") e, se ha individuato l'ente che intende beneficiare, deve riportarne il codice fiscale.

Tale scelta NON determina maggiori imposte da pagare.

**Codice fiscale della Lila: 97056650589**

## **SOSTIENICI!!**

**passa parola ai tuoi familiari,  
parenti ed amici che non sono  
a conoscenza di questa opportunità.**

Devolvi il tuo 5 x 1000  
alla Lila, contro l'Aids.



[www.lila.it](http://www.lila.it)

**GRAZIE**  
per quello che potrai fare!

**SEDE NAZIONALE OPERATIVA**

C.so Regina Margherita 190e - 10152 Torino  
Tel. 0039.011.4310922  
Fax 0039.011.5217552



**SEDE NAZIONALE LEGALE E AMMINISTRATIVA**

Via Maurizio Monti, 58 - 22100 Como  
Tel. 0039.031.268828

[www.lila.it](http://www.lila.it)



**LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS**

[lila@lila.it](mailto:lila@lila.it)



**SEE YOU IN VIENNA**

**XVIII INTERNATIONAL  
AIDS CONFERENCE**

18-23 JULY 2010, VIENNA  
[WWW.AIDS2010.ORG](http://WWW.AIDS2010.ORG)

Convened by

