

Breve storia 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)

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*)

La differenza di vedute e di approccio alla prevenzione su argomenti come diritti umani e discriminazione, disegualianza 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.

Purtroppo, 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.