

Un aiuto per diventare genitori

Procreazione e Hiv – I risultati di un progetto di Anlaids Lazio e INMI Spallanzani

Con l'aumento della sopravvivenza nell'era della HAART e grazie alle misure efficaci di prevenzione della trasmissione verticale dell'infezione e il progresso delle tecniche di riproduzione assistita, si è riaperto un progetto di vita che non esclude ai pazienti Hiv-positivi la possibilità di diventare genitori. L'utilizzo di farmaci ARV in gravidanza, associato al parto cesareo elettivo e all'allattamento artificiale, hanno contribuito a ridurre il tasso di trasmissione verticale attorno all'1% contro livelli di trasmissione pari al 20-25% in assenza di questi interventi.

L'identificazione delle problematiche e dei timori riguardanti la genitorialità e l'accesso alle informazioni sulle strategie in grado di minimizzare la trasmissione materno-fetale sono di primaria importanza sia per le donne in gravidanza sieropositive sia le per coppie discordanti e non per infezione da Hiv. Negli Stati Uniti, il 69% delle donne e il 59% degli uomini sieropositivi in età fertile si aspettano di avere uno o più figli in futuro. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato nel counselling uno strumento essenziale per l'assistenza alle persone affette da infezione da Hiv e fondamentale per una buona gestione dell'attività clinica.

Consapevole di tale esigenza, Anlaids Lazio ha deciso di intervenire attraverso il progetto **Genitorialità Informata** creando un servizio dedicato presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) 'L. Spallanzani' di Roma in grado di offrire informazioni scientificamente validate, che aiutino a fugare paure, perplessità e dubbi delle coppie interessate.

GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO

Gli obiettivi del progetto sono:

- 1 Creare una rete articolata di assistenza, attraverso l'adozione di specifici strumenti come il counselling e questionari validati che permettano la condivisione delle informazioni tra gli esperti nell'infezione da Hiv (medici, psicologi, assistenti sociali) e le coppie interessate;
- 2 Messa a punto di un percorso assistenziale preferenziale che permetta alle coppie l'accesso ai servizi;
- 3 Creazione di un vademecum informativo sulle modalità assistenziali e di accesso ai servizi.

Nelle varie fasi del progetto che comprendono l'accoglienza, il periodo pre-concepimento, la gravidanza, il parto e il periodo post-partum, le coppie si avvalgono di figure professionali multidisciplinari comprendenti volontari Anlaids Lazio, infettivologi, psicologi, ginecologo e pediatra. Il progetto si propone di assistere, in 36 mesi, 50 coppie discordanti e non con desiderio di genitorialità.



PRIMA DEL CONCEPIMENTO

Attualmente 23 coppie, discordanti e non (1 coppia) per l'infezione da Hiv, hanno aderito al progetto e sono state arruolate per lo studio. Quattro coppie hanno abbandonato il percorso del progetto per mancata motivazione e non ritenuta esigenza del sostegno psicologico. Dodici coppie sono attualmente nella prima fase ("pre-concepimento"). Tre coppie stanno attualmente affrontando la gravidanza: due di queste tramite procedure di procreazione

Anlaids va in ferie, il virus no

Nel mese di agosto la sede di Anlaids nazionale resterà chiusa dal 12 al 25.

In queste due settimane anche il servizio del telefono verde di Anlaids 800 589088 sarà temporaneamente sospeso e riprenderà a funzionare regolarmente dal 26 agosto. A partire da quel giorno, ogni lunedì e giovedì, dalle 18 alle 22, un medico infettivologo risponderà alle domande degli utenti. Ricordiamo a tutte le lettrici e a tutti i lettori che le vacanze estive devono essere un momento di relax e di divertimento ma non devono lasciare conseguenze negative; per questo, nel caso di incontri estivi e di rapporti sessuali occasionali è fondamentale usare sempre il preservativo per evitare la trasmissione dell'infezione da Hiv e di altre malattie sessualmente trasmissibili.

Con questa raccomandazione, auguriamo a tutti felici ferie estive.

Un aiuto per diventare genitori

segue da pag. 1

medicalmente assistita presso il centro di Firenze. Tre coppie sono nella fase post-partum (una di loro purtroppo con esito negativo a causa di un aborto terapeutico per agenesia del corpo calloso del feto).

Sono state effettuate ventidue sedute di counselling infettivologico, quindici counselling ginecologici, trentaquattro psicologici e, nei tempi previsti, un totale di diciassette somministrazioni testologiche.

Nella prima fase il medico curante del DH ha selezionato le coppie interessate al counselling illustrando brevemente alle stesse le modalità di svolgimento e i principi del progetto.

In seguito le coppie interessate sono state indirizzate al centro di coordinamento presso il IV DH, dove il medico infettivologo ha compilato le schede con i dati anagrafici e clinici del partner Hiv positivo e ha fornito un primo counselling infettivologico. Nell'ambito del counselling infettivologico, nel garantire supporto nella scelta riproduttiva sicura, è stata approfondita la questione del rischio di acquisizione di Hiv o di un nuovo/diverso ceppo dello stesso virus da parte del partner in caso di rapporti non protetti e sono state fornite informazioni sui fattori che possono aumentare tale rischio e sulla prevenzione del contagio. Quindi, sono state fornite informazioni sull'utilizzo di farmaci antiretrovirali a scopo profilattico (profilassi post-esposizione, PPE) e spiegate le modalità di concepimento sicuro. Per le coppie intenzionate ad intraprendere il percorso di fecondazione assistita sono state fornite informazioni sulle tecniche di assistenza riproduttiva "sicura" e gli indirizzi utili dei centri che in Italia effettuano i programmi di assistenza riproduttiva alle coppie discordanti (lavaggio del seme). Inoltre sono state date informazioni utili sugli esami pre-inseminazione che l'Istituto è in grado di offrire.

DURANTE LA GRAVIDANZA

Per le coppie che si trovavano nella seconda fase, con la donna sieropositiva già in gravidanza, il counselling infettivologico fornito è stato focalizzato soprattutto sul rischio di trasmissione perinatale e sulla tutela della salute materna e fetale.

Sono stati analizzati i potenziali effetti dell'infezione da Hiv sulla gravidanza e sulle condizioni di salute del nascituro e l'impatto della gravidanza sulle condizioni di salute della donna Hiv positiva, così come l'importanza e i benefici della regolarità nella valutazione clinica della donna e della sua aderenza alle indicazioni fornite (presenza di comorbidità/altre infezioni; stadiazione dell'infezione da Hiv, valutazione linfociti CD4/HivRna; test di resistenza genotipica; assun-



zione di HAART; assunzione di altri farmaci). È stata sottolineata anche l'importanza di un buon rapporto con la struttura sanitaria in termini della regolarità di accesso. Alla coppia sono state spiegate le procedure per la riduzione del rischio di trasmissione perinatale: farmaci antiretrovirali, parto cesareo, non allattamento al seno e profilassi neonatale postpartum.

In occasione del counselling infettivologico effettuato, è stato prestabilito un primo calendario delle visite specialistiche. Dodici coppie discordanti sono state inviate al counselling ginecologico; ad alcune di loro questo è stato fornito più di una volta. Una coppia ha eseguito la visita pediatrica. Allo stato attuale, si è avuto soltanto un incontro con una sola delle coppie che si trovano nella fase postpartum.

Invece, la coppia in cui la madre ha abortito a causa della malformazione del feto, per il momento, non è in grado di proseguire con il counselling ed il medico curante ritiene opportuno aspettare la disponibilità della coppia per una successiva proposta di aiuto sotto forma di aiuto psicologico.

CRITICITÀ RILEVATE

A distanza di tre anni dall'inizio del progetto sono emersi i seguenti aspetti critici:

- Abbiamo rilevato la necessità di organizzare incontri con le coppie a distanza di 3 mesi in quanto alcune fasi del progetto, come il periodo di preconceppimento, si possono protrarre anche per un periodo prolungato con il rischio di un allontanamento delle coppie dal progetto. Un nuovo incontro a tre mesi, inoltre, si potrebbe rivelare utile per mantenersi aggiornati sulla situazione attuale della coppia ed assicurare alla stessa un continuo sostegno anche durante il periodo di attesa tra le varie fasi del percorso assistenziale.
- Un importante disagio espresso dalle coppie durante il counselling riguarda la difficoltà a raggiungere il centro di fecondazione assistita sia di Firenze che di Milano. Infatti, in ogni colloquio veniva fatta rimarcare la carenza di idonei centri a Roma. Le cause di maggiore disagio sono i costi di viaggio e le prolungate assenze dal lavoro.
- Rinuncia al proseguimento del percorso di fecondazione assistita in una parte delle coppie per le ridotte percentuali di successo delle procedure di fecondazione assistita che si aggirano attorno al 15%. In diversi casi l'entusiasmo iniziale viene compromesso da tale conoscenza; in una delle coppie ha causato l'abbandono almeno momentaneo del percorso alla genitorialità. ♀



Concepire un figlio tra paure e determinazione

Procreazione e Hiv – Il supporto psicologico alla coppia spiegato da Marinella Giulianelli, INMI Spallanzani di Roma

Dai colloqui svolti con le coppie sierodiscordanti o non per infezione da Hiv intenzionate ad avere un figlio che partecipano al progetto di Anlaids Lazio **Genitorialità Informata**, emerge una profonda spinta motivazionale ad avviare un percorso di pianificazione familiare. Il dato rilevante riscontrato è la forte determinazione e la presenza di una progettualità procreativa ben chiara.

La richiesta che si evidenzia nella maggioranza dei casi esaminati è quella di sostegno e complicità incondizionati, nonché di legittimazione rispetto al desiderio espresso di progettare la nascita di un figlio. L'accordo presente all'interno della coppia è in genere molto alto e non si sono osservate dinamiche di natura conflittuale in relazione alla realizzazione di un tale progetto. Può accadere, tuttavia, che dietro un'adesione verbalizzata si celino paure o resistenze che impediscono, di fatto, il successo del progetto. È accaduto, in effetti, che in uno dei membri di una coppia intervistata si evidenziasse una serie di timori e di perplessità circa l'iter prospettato, non del tutto atteso e valutato nei suoi aspetti di complessità. Importanti, in modo particolare, sono stati l'ascolto e

l'analisi di angosce legate alla possibilità di contagio da parte di uno dei partner. Si è ritenuto essenziale anche conoscere la situazione psico-sociale e più ampiamente relazionale delle coppie, verificando la presenza di una rete di familiari e amici. Inoltre, è stato affrontato il tema della possibilità di interruzioni spontanee della gravidanza, accordando la piena disponibilità a garantire un supporto attivo durante le fasi più critiche e delicate. Si è prospettata, infine, alle coppie la possibilità che la nascita di un figlio porta inevitabilmente con sé una riorganizzazione della vita familiare.



Si è osservata, come spesso accade nella vita delle coppie con Hiv, la tendenza a mantenere un aspetto di segretezza e di non condivisione con le relative famiglie di tutte le problematiche connesse ai loro propositi di genitorialità e, ancor prima, a quelle legate alla rivelazione della sieropositività di uno o entrambi i partner.

Nella maggior parte dei casi giunti alla nostra attenzione, le coppie hanno mostrato di gradire gli interventi di counselling psicologico offerti loro, considerati utili e vantaggiosi nel favorire l'ottimale esito del proprio progetto. Nello specifico, invece, due coppie hanno sin dall'inizio espresso di voler rinunciare al counselling offerto, mentre in un'altra, il partner maschile ha mostrato diffidenza rispetto all'utilità che ne avrebbe tratto.

Registriamo, in tal senso, che una delle perplessità riferite più frequentemente dalle coppie da noi viste risiede nelle difficoltà di natura pratica e organizzativa che esse sovente incontrano, stante l'attuale assenza a Roma e nel Lazio di strutture preposte agli interventi di procreazione assistita specificamente rivolti alle coppie sierodiscordanti con Hiv.

Le criticità emerse durante i primi tre anni di vita del *Progetto Genitorialità* riguardano i seguenti punti:

- Rischio di drop out delle coppie dovuto all'elevata probabilità che i tempi della fase di preconcipimento si protraggano in modo non prevedibile con conseguenze di perdita di motivazione e stress;
- Difficoltà pratiche legate ai lunghi e costosi spostamenti per raggiungere i centri specializzati per la fecondazione assistita;
- Necessità di divulgare l'esistenza del Progetto affinché sempre più coppie abbiano la possibilità di rivolgersi presso una struttura specificamente dedicata per intraprendere e realizzare un percorso di genitorialità quanto più responsabile e consapevole.

Progetto Genitorialità informata metodologia

Colloquio clinico di prima accoglienza e di analisi della domanda

Le aree tematiche indagate sono:

- Qualità delle informazioni apprese
- Motivazione di entrambi i membri della coppia ad intraprendere il percorso di genitorialità
- Presenza di un'adeguata rete di relazioni significative
- Valutazione di rischi e costi, incluse possibilità di insuccesso e/o interruzioni della gravidanza
- Riorganizzazione della vita familiare e ripercussioni sulle dinamiche di coppia in conseguenza dell'evento nascita
- Eventuale presenza, in uno o entrambi i partner, di disturbi psichiatrici o di tossicodipendenza.

Somministrazione di una batteria di test psicologici:

- Scheda anamnestica
- "Questionario di coppia" appositamente costruito per la rilevazione delle caratteristiche psicosociali della coppia
- *State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y* per la valutazione dell'ansia di stato e di tratto
- *Beck Depression Inventory (BDI-II)* per la valutazione della gra-

vità della depressione

- *Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS)* per la valutazione della depressione post partum
- Questionario per la valutazione dell'aderenza alla terapia antiretrovirale.

Individuazione ed elaborazione di un modello di rete e di comunicazione tra le figure professionali coinvolte attraverso la creazione di una cartella gestionale informatizzata condivisibile tra gli operatori.

Obiettivi:

- la valutazione della consapevolezza di malattia da parte della coppia
- la valutazione della capacità di accettazione dei rischi e di far fronte ai problemi
- l'aumento del grado di consapevolezza della scelta riproduttiva
- interventi volti a rafforzare le competenze, le capacità e le risorse della madre e della coppia per affrontare la futura nascita e il futuro ruolo di genitori
- l'offerta di un supporto psicologico durante le varie fasi della fecondazione assistita.

Nuove strategie di prevenzione tra gli IDU

Profilassi pre-esposizione – di *Claudia Balotta, ospedale L. Sacco di Milano*

Nel nostro paese, come in Europa e negli Stati Uniti la diffusione dell'infezione da HIV-1 è diminuita tra i soggetti che assumono droga per via endovenosa (IDU) in quanto è cambiato nel corso del tempo il tipo di sostanze usate, il modo di assunzione delle sostanze e, in una certa misura, hanno funzionato le campagne di informazione e assistenza socio-sanitaria per la prevenzione. Secondo il Centro Operativo AIDS dal 1985 al 2008 la prevalenza di HIV negli IDU è passata dal 74.6% al 7.7%.

Tuttavia in alcune aree come nel Sud-Est asiatico negli anni '90, nei paesi dell'Est Europa e in Cina negli anni 2000, si sono verificate epidemie "esplosive" e la prevenzione dell'infezione tra gli IDU rimane un aspetto centrale della lotta contro l'AIDS: l'esperienza degli ultimi 30 anni ha mostrato che la diffusione di HIV in questi soggetti può essere molto rapida e, per via sessuale, può riguardare in seguito tutta la popolazione. Secondo le stime dell'UNAIDS sono 11-21 milioni i tossicodipendenti, dei quali 0.8-6 milioni vivono con l'infezione da HIV, distribuiti in 151 paesi del mondo. Studi virologici accurati ad elevata numerosità di partecipanti hanno stimato che il rischio medio di infezione tra tossicodipendenti per ogni scambio di siringa contaminata è circa 1 ogni 125 iniezioni endovena e il rischio per i loro partner è 1 ogni 2.000-5.000 rapporti sessuali.

Dopo le dimostrazioni di un'efficacia dal 40% al 96% della profilassi pre-esposizione (PrEP) negli MSM (studio **iPrEX**) e negli eterosessuali ad alto rischio (studi **HPTN 052**, **PIP**, **CAPRISA004**, condotti in coppie discordanti, donne africane con partner sessuali multipli) era, di conseguenza, importante verificare la fattibilità e l'efficacia di questa strategia di prevenzione negli IDU.

I risultati del **Bangkok Tenofovir Study**, iniziato nel 2005, erano attesi per il 2013 e sono stati pubblicati sulla rivista *Lancet* dello scorso giugno. Lo studio è stato promosso dai *Centers for Diseases Control* statunitensi e dall'Amministrazione Metropolitana di Bangkok.

I partecipanti sono stati randomizzati per assumere il farmaco o un placebo. Lo studio, condotto in cieco sia per i medici sia per i partecipanti, ha coinvolto 2.413 soggetti tra i 20 e i 60 anni provenienti da 17 cliniche. I soggetti assumevano tenofovir (1 compressa di 300 mg) una volta al giorno presso l'ospedale o potevano scegliere di avere dosi sufficienti di farmaco per un mese. I partecipanti hanno eseguito il test anticorpale per HIV ogni mese, sono stati controllati per gli eventuali effetti collaterali di tenofovir e hanno ricevuto un counseling per la ri-

duzione del rischio che includeva assistenza sanitaria di base gratuita e l'offerta di metadone e profilattici. Lo studio è stato condotto con la collaborazione degli organi preposti alla correzione e punizione degli atti illegali legati alla tossicodipendenza ed i soggetti hanno avuto la possibilità di continuare lo studio anche qualora fossero stati incarcerati.

Solo 17 individui hanno contratto l'infezione nel braccio che assumeva tenofovir rispetto a 33 del braccio su placebo con una **riduzione del 48.9% dell'incidenza di infezione**. Gli eventi avversi seri erano comparabili nei due gruppi mentre la nausea è stata maggiore nel braccio che assumeva il farmaco.

Gli autori dello studio thailandese hanno concluso che la PrEP negli IDU è efficace e sicura e può essere inclusa nel pacchetto di misure per la prevenzione dell'infezione tra i tossicodipendenti.

L'efficacia della PrEP negli IDU è stata, tuttavia, minore di quanto atteso nella riduzione sia dell'infezione sia dei comportamenti a rischio. Per questa ragione lo studio è stato prolungato rispetto alla programmazione iniziale. Questi aspetti sono stati successivamente approfonditi e presentati alla Conferenza IAS di Kuala Lumpur. La maggioranza dei partecipanti aveva assunto la terapia in ospe-

Incidenza HIV per sottogruppi nel Bangkok Tenofovir Study

	Tenofovir		Placebo		Efficacy (95% CI)	p value
	Infections/ person-years	Incidence per 100 person-years (95% CI)	Infections/ person-years	Incidence per 100 person-years (95% CI)		
Overall						
Modified intention to treat	17/4843	0.35 (0.21 to 0.56)	33/4823	0.68 (0.47 to 0.96)	49.9 (9.6 to 72.2)	0.01
Sex						
Male	15/3836	0.39 (0.22 to 0.65)	24/3840	0.63 (0.54 to 1.26)	37.6 (-17.8 to 67.9)	0.15
Female	2/1007	0.20 (0.02 to 0.72)	9/983	0.92 (0.42 to 1.74)	78.6 (16.8 to 96.7)	0.03
Age group						
20-29 years	11/1976	0.56 (0.28 to 1.00)	17/1993	0.85 (0.50 to 1.37)	33.6 (-40.1 to 69.8)	0.30
30-39 years	5/1801	0.28 (0.09 to 0.65)	7/1778	0.39 (0.16 to 0.81)	29.2 (-121.7 to 79.1)	0.55
≥ 40 years	1/1066	0.09 (0.002 to 0.52)	9/1052	0.86 (0.39 to 1.62)	88.9 (41.1 to 99.4)	0.01
Education						
Primary or less (≤6 years)	10/2327	0.43 (0.21 to 0.79)	18/2318	0.78 (0.46 to 1.23)	45.1 (-16.6 to 76.6)	0.12
Secondary or more	7/2516	0.28 (0.11 to 0.58)	15/2504	0.60 (0.34 to 0.99)	53.6 (-10.0 to 82.3)	0.09
Injected during the 12 weeks before enrolment						
Yes	12/2964	0.40 (0.21 to 0.71)	22/3046	0.72 (0.45 to 1.09)	44.3 (-12.5 to 72.4)	0.10
No	5/1872	0.27 (0.09 to 0.62)	11/1763	0.62 (0.31 to 1.12)	57.4 (-17.0 to 86.6)	0.10
Shared needles during the 12 weeks before enrolment						
Yes	4/838	0.48 (0.13 to 1.22)	8/774	1.03 (0.45 to 2.04)	54.7 (-44.0 to 87.9)	0.20
No	13/3997	0.33 (0.17 to 0.56)	25/4035	0.62 (0.40 to 0.92)	47.6 (-2.5 to 74.0)	0.06



dale come DOT (*directly observed therapy*). In questi soggetti che avevano assunto il farmaco per oltre il 70% del tempo e avevano “saltato” la dose per non più di 2 giorni, l’efficacia è stata del 71%. In particolare, l’efficacia aumentava dal 54% in coloro che avevano una aderenza del 67% (misurata attraverso i livelli ematici di tenofovir) all’84% negli aderenti al 97.5%. Inoltre, un aspetto importante dello studio era che la differenza nell’efficacia veniva osservata solo dopo 3 anni e poteva essere anche causata dalla trasmissione sessuale che necessita di un tempo sufficientemente lungo. Ciò poteva, inoltre, essere dovuto alla limitata incidenza dell’infezione nel trial, che forniva una serie di misure di supporto ai partecipanti e, in particolare, poteva essere dovuto alla riduzione dello scambio di siringhe dal 18% al 3% avvenuta nel corso dello studio. **Queste osservazioni hanno posto in dubbio l’efficacia di tenofovir nelle infezioni parenterali dovute allo scambio di siringhe infette.** Siringhe sterili non potevano essere fornite in quanto ciò non era permesso dalle leggi thailandesi ma era fornita solo candeggina per la sterilizzazione degli aghi. Una conferma dell’efficacia di tenofovir viene, tuttavia, da un poster presentato allo IAS di Kuala Lumpur relativo all’analisi dei fattori associati all’infezione dello studio di Bangkok; solo 3 fattori di rischio erano significativamente associati alla seroconversione: lo scambio di siringhe (rischio di circa 9 volte), la prigionia (rischio di circa 3 volte) e un’età al di sotto dei 30 anni (rischio di circa 2 volte) ma non il rischio sessuale.

UNA STRATEGIA COMPLESSIVA PER GLI IDU

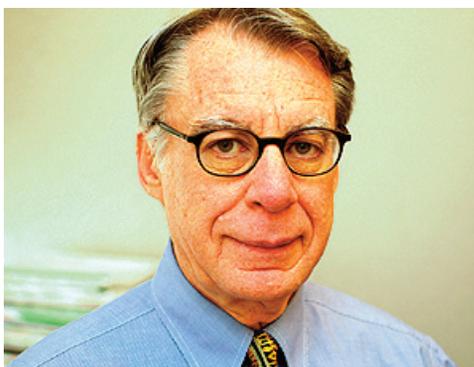
Sono trascorsi più di 30 anni da quando, intorno alla metà degli anni ‘70, si è verificata la prima epidemia tra gli IDU a New York e circa 20 anni da quando la prima epidemia tra IDU a Bangkok ha indicato che questo grave problema non era appannaggio esclusivo dei paesi ricchi e con costumi trasgressivi e decadenti.

Uno studio recente di **Don Des Jarlais** del Beth Israel Medical Center di New York, un ricercatore che ha contribuito significativamente allo studio dell’epidemiologia dell’infezione da HIV nei tossicodipendenti, ha fornito nuovi dati circa la modalità “molto rapida” o “molto lenta” della diffusione iniziale di HIV tra gli IDU. Comunque un soggetto tossicodipendente appartiene ad una catena di soggetti con i quali condivide siringhe contaminate un numero elevato di volte e in un breve periodo di tempo. La mancanza di consapevolezza del rischio, la non disponibilità di siringhe sterili e la continua introduzione nel gruppo di nuove persone sono i fattori legati a una rapida diffusione dell’infezione da HIV in questi contesti. Inoltre, se un soggetto di questo gruppo si è infettato recentemente, è altamente infettivo e trasmette il virus con la massima efficienza. Al contrario,

nei paesi dove le misure di prevenzione tra gli IDU sono iniziate precocemente (quando la prevalenza del virus era inferiore al 5%) attraverso l’informazione, la fornitura gratuita di siringhe sterili, la disponibilità di sostanze sostitutive dell’eroina e l’offerta di servizi socio-assistenziali adeguati, la diffusione è stata molto lenta e continua ad essere bassa. Questo è stato il caso di alcune città americane, europee e australiane e, globalmente, dell’Inghilterra.

Una volta che si sia verificata una prevalenza alta la riduzione della trasmissione diventa molto complessa. Secondo le analisi di Des Jarlais, le misure di intervento quali l’offerta di sostanze sostitutive dell’eroina (metadone), la prevenzione dello scambio di siringhe attraverso la loro fornitura gratuita e il trattamento antiretrovirale dopo l’infezione, utilizzati separatamente, hanno ottenuto risultati modesti in passato. L’esperienza ha mostrato che la prevenzione a livello individuale riduce l’incidenza solo da 4/8 persone per anno a 1 persona per anno. Di conseguenza la prevenzione della trasmissione tra gli IDU funziona se attuata molto precocemente mediante un pacchetto di misure utilizzate non a livello individuale ma su larga scala. In particolare, per controllare la diffusione di HIV tra gli IDU nel Sud Est asiatico e nell’Est europeo è importante combattere lo stigma dell’uso di droghe: la condanna dei comportamenti non rappresenta un valido supporto alla prevenzione. La diffusione delle droghe psicoattive è in qualche modo il riflesso dello scambio di merci legali e illegali della globalizzazione dell’economia mondiale. Il contrasto alla diffusione delle droghe e di HIV viene al contrario effettuato a livello locale e, spesso, è considerato un problema specifico di ogni singola nazione, combattuto solo con misure penali per il commercio delle droghe e con programmi di disintossicazione “forzata”.

Infine, secondo Des Jarlais, una problematica specifica è relativamente nuova: la prevalenza dell’infezione da HIV in alcuni paesi (USA, Canada, Estonia, Thailandia e Sud della Cina) è maggiore tra **gli IDU appartenenti a minoranze etniche**, spesso anche molto povere. Le conseguenze di



Don Des Jarlais

ciò possono essere particolarmente importanti per la lotta all’AIDS in quanto lo stigma può essere maggiore. Da un lato i politici possono essere molto riluttanti a fornire servizi e programmi di prevenzione e, dall’altra, le minoranze etniche possono essere molto riluttanti a usufruire di questi servizi. La “creazione” di un ambiente per la riduzione efficace del rischio in questi gruppi sociali è di particolare difficoltà e dovrebbe presupporre anzitutto la neutralizzazione dello stigma e il rispetto globale dei diritti umani per favorire la partecipazione dei soggetti colpiti dall’infezione.

Prevenire con gesti quotidiani

Anlaids Versilia – *Preservativi col caffè e una danza per combattere l'Aids*

Anlaids Versilia ha rinnovato anche quest'anno il suo appuntamento con l'iniziativa **Gesti quotidiani: salvarsi la vita è facile come bere un caffè**. Lo scorso 27 luglio, i bar, ristoranti e pizzerie di Pietrasanta hanno distribuito alla clientela un profilattico ed un opuscolo informativo con la consumazione o al momento del conto. "Ogni giorno ripetiamo i soliti gesti – spiegano alla USL 12 di Viareggio che, insieme al Comune di Pietrasanta, ha sostenuto l'iniziativa – Sono gesti automatici che ci permettono di compiere molti atti bene, in sicurezza e senza pensarci. Allo stesso modo si può scegliere di proteggersi dalle malattie sessualmente trasmesse fino a rendere automatico un segno di tenerezza per entrambi i membri della coppia, quando ci si trova a scambiare gesti quotidiani d'amore. Ogni giorno in Italia 12 individui non ci pensano e si contagiano. L'Aids non perdona chi dimentica questi gesti".

Maria Cristina Tognetti, coordinatrice di Anlaids Versilia, ha tenuto a ribadire anche in conferenza stampa che è il momento di smettere di pensare all'Aids come morte: "Le persone che vivono con l'Hiv si innamorano – afferma – fanno figli, lavorano, pagano le tasse, esattamente come tutti gli altri. Proprio in questi giorni una ragazza con Hiv che fa parte della nostra associazione ha dato alla luce un bambino che è risultato negativo ai test di sieropositività. L'uguaglianza tra Aids e morte non ha più senso: oggi dobbiamo celebrare la vita".



Con questa intenzione, Maria Cristina e gli altri ragazzi di Anlaids Versilia, insieme con l'insegnante di danza Daniela Lucatelli e le contrade del carnevale Pietrasantino, hanno organizzato alla sera del 27 luglio nella piazza del centro versiliese una **Danza della vita**: decine e decine di persone hanno ballato insieme, al ritmo della musica suonata da un complesso africano, formando alla fine un grande fiocco umano. "È stata una esperienza molto toccante – racconta Maria Cristina – Abbiamo coinvolto tantissimi bambini e tutta la piazza ha partecipato come a una grande festa. Ci hanno addirittura chiesto il bis! Era presente anche il rappresentante dell'Unesco di Firenze che era entusiasta del fatto che avessimo coin-

volto anche i bimbi in una iniziativa di lotta all'Aids". Tra le iniziative previste da Anlaids Versilia nelle prossime settimane, segnaliamo la mini-maratona che si terrà il 29 settembre: organizzata in collaborazione con il dipartimento di Malattie infettive di Massa, la corsa non-agonistica di 3,5 chilometri sarà un momento di partecipazione e condivisione tra pazienti, medici e persone comuni uniti nella lotta contro l'Aids. L'iniziativa si terrà in occasione del **Festival della Salute**, organizzato dalla Regione Toscana e dal Ministero della Salute dal 16 al 29 settembre a Pietrasanta. Anlaids Versilia parteciperà per la seconda volta all'evento portando nel calendario della kermesse il tema dell'Hiv e delle malattie a trasmissione sessuale.



Anno V numero 53
agosto 2013

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, Olga Pohankova

Progetto grafico: Gamca

Al numero verde gratuito
800 589 088
tutti i lunedì e giovedì dalle 16 alle 20
un infettivologo sarà a disposizione,
anche in inglese e francese
Su anlaidsonlus.it/forum, il dott.
Francesco Baldasso risponde a do-
mande di ambito medico.