

L'enigma della prevenzione dell'AIDS: quali sono le ragioni del Papa?

Le dichiarazioni di Papa Benedetto XVI sull'AIDS¹ alla conferenza stampa concessa ai giornalisti durante il volo verso Yaunde' in Camerun, sono realistiche, ragionevoli e scientificamente fondate.

Domanda: Santità, tra i molti mali che travagliano l'Africa, vi è anche e in particolare quello della diffusione dell'Aids. La posizione della Chiesa cattolica sul modo di lottare contro di esso viene spesso considerata non realistica e non efficace. Lei affronterà questo tema, durante il viaggio?

Papa: Io direi il contrario: penso che la realtà più efficiente, più presente sul fronte della lotta contro l'Aids sia proprio la Chiesa cattolica, con i suoi movimenti, con le sue diverse realtà. Penso alla Comunità di Sant'Egidio che fa tanto, visibilmente e anche invisibilmente, per la lotta contro l'Aids, ai Camilliani, a tutte le Suore che sono a disposizione dei malati ... Direi che non si può superare questo problema dell'Aids solo con slogan pubblicitari. Se non c'è l'anima, se gli africani non si aiutano, non si può risolvere il flagello con la distribuzione di profilattici: al contrario, il rischio è di aumentare il problema. La soluzione può trovarsi solo in un duplice impegno: il primo, una umanizzazione della sessualità, cioè un rinnovo spirituale e umano che porti con sé un nuovo modo di comportarsi l'uno con l'altro, e secondo, una vera amicizia anche e soprattutto per le persone sofferenti, la disponibilità, anche con sacrifici, con rinunce personali, ad essere con i sofferenti. E questi sono i fattori che aiutano e che portano visibili progressi. Perciò, direi questa nostra duplice forza di rinnovare l'uomo interiormente, di dare forza spirituale e umana per un comportamento giusto nei confronti del proprio corpo e di quello dell'altro, e questa capacità di soffrire con i sofferenti, di rimanere presente nelle situazioni di prova. Mi sembra che questa sia la giusta risposta, e la Chiesa fa questo e così offre un contributo grandissimo ed importante. Ringraziamo tutti coloro che lo fanno.

Come ha affermato Benedetto XVI, ci sono prove evidenti in Uganda e nella maggioranza dei paesi africani che “la realtà più efficiente, più presente sul fronte della lotta contro l'Aids sia proprio la Chiesa cattolica, con i suoi movimenti, con le sue diverse realtà”. Non è necessario documentare lo straordinario contributo offerto da Suor Miriam Duggan, dall'ospedale di Kitovu, dai gruppi Meeting Point, dall'ospedale di Lacor, da Reach Out Mbuya, e molte altre realtà della chiesa cattolica.

E' altrettanto vero che, come ha ripetuto ancora una volta il Papa “non si può superare questo problema dell'Aids solo con slogan pubblicitari”. L'Uganda, con la guida del presidente Museveni e la coraggiosa partecipazione della sua popolazione a tutti i livelli, inclusi i leader religiosi e tradizionali, non si è limitata a chiedere aiuto. Gli ugandesi hanno agito con una strategia chiara e decisa, basata sull'astinenza (ritardare il debutto sessuale) e sulla fedeltà (“zero grazing”). Non si è trattato neppure di livelli di finanziamento: negli anni decisivi, quando la prevalenza calò dal 15% nel 1992 al 6%

nel 2004, il costo del programma di controllo dell'AIDS, fu di 23 centesimi di dollari procapite.²

Veramente *“non si può risolvere il flagello (dell'AIDS) con la distribuzione di profilattici: al contrario, il rischio è di aumentare il problema.”* La nostra esperienza dimostra che la posizione della Chiesa sul condom e l'AIDS è la più ragionevole e scientificamente solida per la prevenzione della epidemia. L'Uganda ha una storia di successo nella lotta contro l'AIDS.^{3 4} L'esperienza ugandese è stata perfino definita come “un vaccino sociale”.⁵ L'approccio globale alla prevenzione che sarebbe stato in seguito definito “ABC”, sebbene inizialmente una risposta realmente indigena e locale alla pandemia, è diventato un approccio inclusivo e basato sulla evidenza, per la prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV. Per molti anni abbiamo partecipato alla lotta contro la malattia, e riconosciamo che la Chiesa e la religione in generale hanno avuto un grande impatto nel rallentare la diffusione della epidemia, attraverso un lavoro educativo dei giovani e della popolazione ad un uso responsabile della loro sessualità. Sappiano della importanza che i condoms possono avere nei gruppi ad alto rischio; tuttavia vi è una limitata o neppure una diretta evidenza che le comuni e più conosciute misure preventive (inclusendo il marketing sociale dei condoms, il test volontario e il counselling, il trattamento sindromico o di massa delle malattie sessualmente trasmissibili) abbiano contribuito alla riduzione o al rallentamento della diffusione dell'HIV nelle epidemie generalizzate.^{6 7 8 9}

Le più importanti riviste mediche hanno pubblicato studi che dimostrano che il fattore più importante nella riduzione della prevalenza in Uganda sia stato la riduzione dell'attività sessuale casuale e con più partners (il B dell'ABC). Da allora l'evidenza di un ruolo centrale della riduzione dei partners, complementato da una riduzione del sesso prematrimoniale, è emerso decisamente nel più recente declino della prevalenza in Kenya, Zimbabwe, Etiopia e Malawi. In Uganda, Kenya e Zambia un aumento dell'astinenza sessuale è associato alla riduzione della prevalenza.¹⁰ In Uganda la percentuale dei giovani tra 15 e 24 anni che riferivano attività sessuale nell'ultimo anno si è ridotta dal 53% al 16% tra le femmine e dal 60% al 23% tra i maschi, dal 1988 al 1993.¹¹ In Kenya si sono registrate simili riduzioni nella attività sessuale prematrimoniale nell'anno precedente, dal 56% al 41% tra i maschi e dal 32% al 21% tra le femmine dai 15 ai 24 anni, dal 1988 al 1993.¹² Tutte le storie di successo in Africa sono state precedute da riduzione nella attività sessuale casuale e nel periodo pre-matrimoniale, in genere verificatisi dai 5 ai 6 anni prima che tale declino si evidenziasse.¹³

Ancora in Uganda la prevalenza dell'HIV era più bassa (6,4%) tra le persone che non avevano mai fatto uso di condom, rispetto ad una prevalenza del 9% tra coloro che avessero fatto precedentemente uso del preservativo.¹⁴ L'uso del condom era associato ad una più alta prevalenza di HIV sia tra uomini che tra donne. Lo stesso studio ha mostrato che le regioni del West Nile e del Nord Est del paese che registrano le prevalenze più basse di infezione da HIV (2,3% e 3,5% rispettivamente) allo stesso tempo avevano i più bassi livelli di conoscenza di tutto il paese circa il condom, registravano i più bassi livelli di attività sessuale nelle ultime 4 settimane (41,5% e 50,45% rispettivamente), alcuni tra i più bassi numeri di partners sessuali a vita (media di 1,7 e 1,8 rispettivamente per le

donne e 5,2% e 4,0% rispettivamente per gli uomini). La percentuale di persone di eta' compresa tra 15 e 59 anni impegnata in attivita' sessuale ad "alto rischio" era tra le piu' basse in queste due regioni. Per le donne era il 5,5% (la piu' bassa) nel West Nile e 8,6% nel Nord Est, mentre per gli uomini era 29,45% e 18,55% rispettivamente. La percentuale di giovani tra i 15 e i 24 anni che avevano avuto attivita' sessuale prima di 15 anni era pure tra le piu' basse, essendo il 9,6% e il 5,2% rispettivamente per le femmine e 12,05% e 7,1% per i maschi. E' inoltre interessante notare che la prevalenza di HIV fosse piu' bassa (1,6%) tra i maschi non circoncisi che tra i circoncisi (2,4%) contrariamente alla situazione del resto del paese. La regione del West Nile non e' isolata dal resto del paese, con intensi movimenti quotidiani di persone per strada e per via area da e per Kampala. Ogni giorno molte persone si muovono dalla Repubblica Democratica del Congo e dal Sud Sudan attraverso il West Nile verso Kampala. Inoltre il West Nile e' una delle aree del paese che si stanno riprendendo dai conflitti dell'era di Amin. Tutti questi elementi indicano che un elevato uso del condom non e' stato il fattore decisivo che possa spiegare la bassa prevalenza registrata in queste due regioni. Si tratta di comportamento.

I determinanti dei cambiamenti avvenuti in numerosi paesi africani sono comportamenti chiaramente in linea con l'insegnamento della Chiesa cattolica, comportamenti che scienziati, sociologi e leader culturali dovrebbero approfondire al fine di identificare nuove vie per combattere l'AIDS.

Inoltre le recenti tendenze verso un livellamento della prevalenza in Uganda possono essere attribuite ad un "discostarsi" dall'originale e verificata strategia indigena ugandese. Si registra infatti una inaccettabile pressione da parte di esperti ed organizzazioni occidentali per spostare l'attenzione dagli efficaci A e (soprattutto) B verso il discutibile C.

Questo e' soprattutto dovuto al tabu' occidentale circa la impossibilita' di cambiare il comportamento sessuale, interferendo con la liberta' personale. Cio' e' semplicemente ipocrita, quando affrontando le problematiche del fumo, dell'alcolismo e della droga ben differenti approcci vengono considerati ed applicati.

Il messaggio del Papa invece di essere biasimato o censurato, dovrebbe essere un richiamo alle ben dimostrate dinamiche della trasmissione dell'HIV, non solo in Uganda, ma in tutta l'Africa. Infatti e' ormai universalmente riconosciuto che il principale determinante della epidemia nella regione sia il mantenimento di relazioni sessuali multiple e contemporanee. Qualsiasi soluzione che non consideri pienamente questa realta' e la necessita' di evitare tale rischio, e' destinata a fallire.

Noi invitiamo ad evitare ogni interpretazione della religione cattolica e dell'insegnamento del Papa pregiudizialmente contro la scienza, semplicemente perche' cio' e' contro l'evidenza dei fatti.

Sam Orach - Uganda Catholic Medical Bureau, Kampala - Uganda

George William Pariyo – Makerere University School of Public Health, Kampala – Uganda

Rose Busingye – Meeting Point International, Kampala – Uganda

Ronald Kamara – Uganda Catholic Secretariat, Kampala – Uganda
Filippo Ciantia – AVSI, Kampala – Uganda
Lawrence Ojom – St Joseph’s Hospital, Kitgum – Uganda
Thomas Odong – AVSI, Kitgum – Uganda
Joseph Lokong Adaktar - Uganda Martyrs University - Faculty of Health Sciences, Nkozi – Uganda

Kampala, 26 Marzo 2009

¹ Intervista del Papa durante il volo verso l’Africa - <http://www.zenit.org/article-17580?l=italian>

² Low-Beer, Daniel, *This is a routinely avoidable disease.*” *Financial Times* (Nov 28, 2003)

³ Edward C. Green, Daniel T. Halperin, Vinand Nantulya, and Janice A. Hogle. Uganda’s HIV Prevention Success: The Role of Sexual Behavior Change and the National Response. *AIDS and Behavior* 2006; Volume 10, Number 4: 347-350.

⁴ USAID. What happened in Uganda? – Declining HIV Prevalence, Behavior Change and National Response <http://www.synergyaids.com/Documents/WhatHappenedUganda.pdf>

⁵ Stoneburner RL, Low-Beer D. Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. *Science* 2004; 304: 714–18.

⁶ Gregson S; Adamson S; Papaya S; Mundondo J; Nyamukapa CA; Mason PR; Garnett GP; Chandiwana SK; Foster G; Anderson RM. (2007) Impact and process evaluation of integrated community and clinic-based HIV-1 control: A cluster-randomised trial in eastern Zimbabwe *PLOS MED.* 4: 545-555; UNAIDS (1999) Trends in HIV incidence and prevalence: Natural course of the epidemic or results of behaviour change?. Geneva: UNAIDS. 36 p.; Stephenson JM, Obasi A (2004) HIV risk reduction in adolescents. *Lancet* 363: 1177–1178; Kamali A, Quigley M, Nakiyingi JS, Kinsman J, Kengeya-Kayondo J, et al. (2003) Syndromic management of STIs and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: A community randomised trial. *Lancet* 361: 645–652; Quigley M, Kamali A, Kinsman J, Kamulegeya I, Nakiyingi JS, et al. (2004) The impact of attending a behavioural intervention on HIV incidence in Masaka, Uganda. *AIDS* 18: 2055–2063; Sherr L et al. Voluntary HIV testing in rural Zimbabwe - what is the uptake, impact on sexual behaviour and HIV incidence 3 years later? Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 46, 2007; Matovu JKB et al. Voluntary HIV counselling and testing acceptance, sexual risk behaviour and HIV incidence in Rakai, Uganda. *AIDS* 2005, 19: 503-511; Padian NS et al. Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV acquisition in southern African women: a randomised controlled trial. *The Lancet* (online edition), July 13th, 2007; Gray RH et al. Randomised trials for HIV prevention. *The Lancet* (online edition), July 13th, 2007.

⁷ Shelton, James D. Ten myths and one truth about generalised HIV epidemics. *The Lancet* 2007; 370: 1809-1811

⁸ David Wilson. Partner reduction and the prevention of HIV/AIDS: the most effective strategies come from communities. *British Medical Journal* 2004; 328: 848-49.

⁹ Shelton, James D. Confessions of a condom lover. *The Lancet* 2006; 368: 1947-1949.

¹⁰ Bessinger R, Akwara P, Halperin D. Sexual Behavior, HIV and Fertility Trends: A Comparative Analysis of Six Countries; phase I of the ABC Study. Chapel Hill, NC: Measure Evaluation, 2003. Cheluget B, Baltazar G, et al. Evidence for population level declines in adult HIV prevalence in Kenya. *Sexually Transmitted Infections* 2006 82; Suppl 1: i21-6.

¹¹ Bessinger et al, 2003.

¹² Kenya DHS. Available at www.measuredhs.com.

¹³ DHS. Available at www.measuredhs.com

¹⁴ Uganda Ministry of Health. Uganda HIV/AIDS Sero-behavioral Survey 2004-05.