

Dopo tre anni di attività del Progetto LULE, tante uscite diurne e serali per le strade delle nostre città, tante ore di lavoro finalizzato a restituire dignità alle ragazze vittime della tratta, abbiamo pensato di pubblicare i dati raccolti dai nostri operatori e volontari relativi alla prevenzione sanitaria, in particolare alla conoscenza dell'HIV.

I dati sono stati raccolti attraverso questionari formulati allo scopo di offrire interventi sanitari e sociali adeguati ai bisogni e alle aspettative delle ragazze.

Il nostro progetto pone al centro la persona umana, perciò l'intervento che realizziamo non è solo tecnico, ma vuole essere un vero sostegno, un'espressione di solidarietà che si rivolge alla globalità della persona. Anche per quanto riguarda la prevenzione dell'HIV ci poniamo in questa ottica.

L'intervento sanitario rappresenta spesso il punto di partenza per instaurare un rapporto di fiducia e porre le premesse per un cammino di autonomia e di pieno sviluppo delle potenzialità individuali. La prevenzione sanitaria si rivela, dunque, un'azione utile per promuovere la crescita umana delle ragazze di strada, oltre che per salvaguardarne la salute.

Tutto ciò che siamo riusciti a realizzare sin qui, lo abbiamo fatto grazie alla collaborazione degli Enti locali, delle ASL e dei consultori decanali. Cogliamo dunque l'occasione per ringraziare i medici e tutti gli operatori sanitari che lavorano con la nostra associazione.

Il presidente

Loredana Pianta

Introduzione

Prostituzione e infezione da HIV rappresentano un binomio forte nei termini e nei fatti, due realtà drammatiche spesso accomunate nell'immaginario collettivo e nelle declamazioni dei mass-media.

Gli operatori e i volontari dell'associazione LULE ritengono importante definire il legame realmente esistente tra due fenomeni che tanto turbano la società attuale e hanno cercato di coglierne il nesso impostando un articolato percorso di analisi.

Innanzitutto ci si è posti alcuni interrogativi quali:

"Cosa conoscono le prostitute di strada, in gran parte donne e minori immigrate da paesi in condizioni di sottosviluppo, in merito all'infezione da HIV e alle modalità di contagio?"

"Qual è il rischio reale di diffusione della patologia nel contesto attuale della prostituzione di strada?"

"Quali competenze offrire alle persone che si prostituiscono per realizzare un'efficace azione preventiva?"

"Come valutare l'efficacia di un tale intervento?"

Questa pubblicazione è il resoconto delle tappe iniziali di un percorso che si pone come finalità la tutela e la promozione della salute a livello individuale e collettivo.

Proporre un semplice questionario ha costituito il primo passo di questo cammino e ci è parso il metodo più adatto per individuare le competenze di cui dispongono le prostitute di strada in tema di HIV e malattie sessualmente trasmissibili.

A questo lavoro di analisi si è immediatamente affiancato un impegno informativo ed educativo che, grazie alla collaborazione dei servizi sanitari territoriali, sta determinando un impatto importante in termini di prevenzione.

Il passaggio conclusivo sarà la verifica del raggiungimento di un livello di conoscenze che costituisca la base per un comportamento di tutela consapevole e responsabile.

Crediamo, peraltro, che saranno soprattutto l'accompagnamento e lo stimolo costanti offerti dagli operatori e dai volontari a permettere a soggetti costretti a condizioni di grave disagio di sostenere la motivazione a un percorso di piena autodeterminazione.

In questa pubblicazione presentiamo gli esiti del lavoro di raccolta di dati e l'interpretazione offerta dal dott. Travaini. Segue una presentazione sintetica, ma completa della storia e dello sviluppo dell'infezione da HIV e degli interventi terapeutici attualmente disponibili curata dal dott. Lopez e dalla dott.ssa Moscatelli con la finalità di favorire la diffusione di conoscenze aggiornate su un

tema di grande rilievo.

Al loro intervento aggiungiamo la definizione delle modalità con cui l'associazione si impegna a realizzare sulla strada l'azione preventiva e allegghiamo qualche esempio del materiale divulgativo distribuito.

Ci auguriamo che il presente lavoro possa risultare utile a coloro che sono direttamente impegnati sul campo e soprattutto suscitare l'interesse dell'intera comunità destinataria dei progetti di prevenzione della salute.

Prostituzione e HIV, analisi criminologica di una realtà locale

Il perché di questa ricerca

L'Associazione LULE, nell'ambito della propria attività di volontariato nel settore della prostituzione e dello sfruttamento sessuale, ha condotto questa ricerca con l'obiettivo di assumere il maggior numero di informazioni circa la percezione dei rischi delle malattie a trasmissione sessuale tra le prostitute da strada, in particolare di etnia albanese e nigeriana, presenti nell'area dell'hinterland milanese.

La ragione di questa scelta è estremamente semplice: chi si prostituisce spesso è mal informata sui rischi che corre in materia sanitaria; le informazioni in possesso sono spesso parziali se non del tutto errate; questo diventa un reale pericolo non solo per la propria persona, ma anche per l'intera collettività.

Pertanto il tema della tutela sanitaria ci è parso di estremo interesse e degno di essere trattato sperando che i risultati a cui siamo giunti possano essere uno spunto di riflessione per chi queste tematiche non solo le studia ma anche a vario titolo le affronta quotidianamente.

Il metodo

Preliminarmente ci si è posti il problema di come assumere le informazioni.

L'unica via percorribile è stata quella dell'utilizzo di un apposito questionario anonimo in lingua madre da distribuire appunto tra le prostitute.

Lo stesso, che si allega in appendice, è stato somministrato direttamente alle interessate dagli operatori dell'associazione LULE che ormai da tempo operano sul territorio svolgendo attività di informazione, educazione e assistenza.

La scelta si è rivelata felice in quanto sono stati raccolti un centinaio di questionari notando, altresì, da parte delle intervistate una buona disponibilità a rispondere.

Certamente da un punto di vista strettamente metodologico vi sono alcuni limiti di cui si è consapevoli; da un lato il numero dei questionari raccolti ha scarsa valenza statistica e dall'altro la neutralità della risposta potrebbe essere stata inficiata dalla necessità degli operatori di essere al medesimo tempo somministratori, interpreti e traduttori oltre che consulenti delle intervistate.

Tuttavia, quanto fin qui documentato ci permette di ricostruire un quadro del problema meno empirico e disarticolato rispetto al passato e ne offre una percezione più definita.

Il questionario e il campione

Si tratta di un questionario molto semplice. Dieci domande a risposte chiuse sul tema specifico dell'Aids e delle malattie a trasmissione sessuale.

Si è preferito optare per domande facili e veloci per due ragioni essenziali: da un lato ovviare alle difficoltà linguistiche e di comprensione delle intervistate, dall'altro non abusare del loro tempo dato che in genere esercitavano la loro attività al momento della somministrazione del questionario.

Le prime 8 domande sono dedicate esclusivamente al tema dell'AIDS e della sieropositività mentre con le ultime 2 viene trattato il tema delle altre malattie trasmissibili sessualmente.

Per quanto concerne il campione, esso è composto da prostitute di due etnie differenti che

occupano in prevalenza le strade dell'hinterland di Milano. Si tratta di 67 donne di origine nigeriana e 35 di provenienza albanese.

La distribuzione del questionario è avvenuta nell'arco temporale di circa un anno a partire dal gennaio del 1998.

Iniziamo l'analisi dei risultati.

Quesito 1: L'Aids è una malattia pericolosa?

Si è voluto indagare la consapevolezza dei rischi connessi a tale patologia.

Si nota come la quasi totalità delle intervistate, a prescindere dall'etnia di appartenenza, è consapevole della pericolosità della patologia.

Totale risposte

Quesito n. 1: L'AIDS è una malattia pericolosa?		
Risposte	V.A.	%
Poco	6	5,8
Molto	91	87,5
non so	7	6,7
nessuna risposta	0	0,0
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 1: L'AIDS è una malattia pericolosa?		
Risposte	V.A.	%
Poco	2	3,0
Molto	63	94,0
non so	2	3,0
nessuna risposta	0	0,0
Totale	67	100,0

Totale Albanesi

Quesito n. 1: L'AIDS è una malattia pericolosa?		
Risposte	V.A.	%
Poco	4	11,4
Molto	27	77,1
non so	4	11,4
nessuna risposta	0	0,0
Totale	35	100,0

Quesito 2: Come si trasmette l'Aids?

Dalle risposte inizia ad emergere come sull'argomento vi siano informazioni parziali.

Per la maggior parte delle intervistate il sangue è la via principale ed esclusiva di contagio, seguito dallo sperma. Per 30 intervistate la trasmissione può avvenire sia attraverso sangue che sperma.

Questa esclusività della modalità di trasmissione è certo segno di parziale e non corretta informazione sull'argomento.

Da segnalare che 7 intervistate nulla sapevano sulle modalità di trasmissione del virus.

Totale risposte

Quesito n. 2: Come si trasmette l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
attraverso la saliva	2	1,9
attraverso lo sperma	17	16,3
attraverso il sangue	40	38,5
mediante il semplice contatto	1	1,0
attraverso sperma e sangue	30	28,8
attraverso saliva e semplice contatto	2	1,9
attraverso saliva, sperma e sangue	4	3,8
attraverso saliva, sperma, sangue e semplice contatto	1	1,0
non so	7	6,7
nessuna risposta	0	0,0
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 2: Come si trasmette l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
attraverso la saliva	2	3,0
attraverso lo sperma	12	17,9
attraverso il sangue	30	44,8
mediante il semplice contatto	0	0,0
attraverso sperma e sangue	21	31,3
attraverso saliva e semplice contatto	0	0,0
Attraverso saliva, sperma e sangue	0	0,0
Attraverso saliva, sperma, sangue e semplice contatto	0	0,0
Non so	2	3,0
Nessuna risposta	0	0,0
Totale	67	100,0

Totale Albanesi

Quesito n. 2: Come si trasmette l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
Attraverso la saliva	0	0,0
Attraverso lo sperma	5	14,3
Attraverso il sangue	9	25,7
Mediante il semplice contatto	1	2,9
Attraverso sperma e sangue	9	25,7
Attraverso saliva e semplice contatto	2	5,7
Attraverso saliva, sperma e sangue	3	8,6
Attraverso saliva, sperma, sangue e semplice contatto	1	2,9
Non so	5	14,3
Nessuna risposta	0	0,0
Totale	35	100,0

Quesito 3: Come ti puoi difendere dall'Aids ?

La quasi totalità delle intervistate ha risposto: "attraverso l'uso del profilattico".

Vi è sempre una ridotta ma preoccupante percentuale di intervistate che ha risposto di non sapere cosa fare per proteggersi

Totale risposte

Quesito n. 3: Come ti puoi difendere dall'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
Con il profilattico	87	83,7
Con la pillola	1	1,0
Con la pillola e altro	1	1,0
Con il profilattico e la pillola	4	3,8
Con il profilattico e farmaci	1	1,0
Con il profilattico ed evitando trasmissioni ematiche	1	1,0
Con il profilattico, la pillola e visite mediche	1	1,0
Con il profilattico, la pillola e altro	1	1,0
Prendendosi cura di sé	1	1,0
Altro	0	0,0
Non so	5	4,8
Nessuna risposta	1	1,0
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 3: Come ti puoi difendere dall'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
Con il profilattico	60	89,6
Con la pillola	0	0,0
Con la pillola e altro	0	0,0
Con il profilattico e la pillola	0	0,0
Con il profilattico e farmaci	1	1,5
Con il profilattico ed evitando trasmissioni ematiche	1	1,5
Con il profilattico, la pillola e visite mediche	1	1,5
Con il profilattico, la pillola e altro	0	0,0
Prendendosi cura di sé	1	1,5
Altro	0	0,0
Non so	2	3,0
Nessuna risposta	1	1,5
Totale	67	100,0

Totale Albanesi

Quesito n. 3: Come ti puoi difendere dall'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
con il profilattico	26	74,3

con la pillola	1	2,9
con la pillola e altro	1	2,9
con il profilattico e la pillola	4	11,4
con il profilattico e farmaci	0	0,0
con il profilattico ed evitando trasmissioni ematiche	0	0,0
con il profilattico, la pillola e visite mediche	0	0,0
con il profilattico, la pillola e altro	1	2,9
prendendosi cura di sé	0	0,0
altro	0	0,0
non so	2	5,7
nessuna risposta	0	0,0
Totale	35	100,0

Quesito n.4: Il preservativo è utile per evitare l'Aids?

E' una domanda di verifica sulla consapevolezza dell'utilità del preservativo.

Occorre, altresì, ricordare che spesso il profilattico è usato dalle organizzazioni criminali che operano nel settore per controllare indirettamente il numero di rapporti e conseguentemente i guadagni di ogni singola "protetta". Pertanto il sapere quanto sia utile per ridurre i rischi di contagio può eliminare il rischio che si possano avere rapporti non protetti al fine di aumentare il propri guadagni.

Vi è sempre una ridotta percentuale che conferma di non avere alcuna conoscenza in argomento.

Totale risposte

Quesito n. 4: Il preservativo è utile per evitare l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	94	90,4
no	1	1,0
non sempre	1	1,0
non so	8	7,7
nessuna risposta	0	0,0
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 4: Il preservativo è utile per evitare l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	63	94,0
no	1	1,5
non sempre	0	0,0
non so	3	4,5
nessuna risposta	0	0,0
Totale	67	100,0

Totale albanesi

Quesito n. 4: Il preservativo è utile per evitare l'AIDS?		
---	--	--

Risposte	V.A.	%
sì	29	82,9
no	0	0,0
non sempre	1	2,9
non so	5	14,3
nessuna risposta	0	0,0
Totale	35	100,0

Quesito n.6: esiste un test per sapere se hai l'AIDS?

E' una domanda che implica il possesso di conoscenze più specifiche ed infatti aumenta la percentuale di intervistate che si dimostrano impreparate sull'argomento anche se si mantiene contenuta entro il 15 % circa.

Totale risposte

Quesito n. 5: Esiste un test per sapere se hai l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	81	77,9
no	10	9,6
non so	13	12,5
nessuna risposta	0	0,0
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 5: Esiste un test per sapere se hai l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	59	88,1
no	3	4,5
non so	5	7,5
nessuna risposta	0	0,0
Totale	67	100,0

Totale Albanesi

Quesito n. 5: Esiste un test per sapere se hai l'AIDS?		
Risposte	V.A.	%
sì	21	60,0
no	6	17,1
non so	8	22,9
nessuna risposta	0	0,0
Totale	35	100,0

Quesito n. 6: se pensi che esista lo faresti?

Si è cercato di comprendere la disponibilità delle intervistate ad adottare modalità di prevenzione ed eventualmente di cura.

Le risposte sono incoraggianti, visto che la quasi totalità di loro si dichiara disposta ad effettuare il test.

Vi è solo una piccola percentuale che non ne è a conoscenza o non si vuole sottoporre. Pur con la prudenza che il limitato campione ci impone, pare che le prostitute di etnia nigeriana non solo siano più informate ma anche più attente al controllo della loro salute.

Totale risposte

Quesito n. 6: Se pensi che esista, lo faresti?		
Risposte	V.A.	%
sì	89	85,6
no	6	5,8
non so	8	7,7
nessuna risposta	1	1,0
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 6: Se pensi che esista, lo faresti?		
Risposte	V.A.	%
sì	61	91,0
no	1	1,5
non so	4	6,0
nessuna risposta	1	1,5
Totale	67	100,0

Totale Albanesi

Quesito n. 6: Se pensi che esista, lo faresti?		
Risposte	V.A.	%
sì	27	77,1
no	4	11,4
non so	4	11,4
nessuna risposta	0	0,0
Totale	35	100,0

Quesito n. 7: Che cosa è l'HIV?

Come detto all'inizio del presente lavoro, spesso che si prostituisce ha una conoscenza molto superficiale delle malattie.

La risposta a questa domanda ne è una conferma; se si chiede, infatti, che cosa sia l'infezione da HIV molte delle intervistate non sanno dare una risposta.

Anche qui notiamo una maggior conoscenza da parte delle cittadine nigeriane rispetto alle albanesi.

Totale risposte

Quesito n. 7: Che cos'è l'HIV?		
Risposte	V.A.	%
il virus che causa l'AIDS	34	32,7
una sigla per definire chi è sieropositivo	20	19,2

Entrambe	1	1,0
non so	45	43,3
nessuna risposta	4	3,8
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 7: Che cos'è l'HIV?		
Risposte	V.A.	%
il virus che causa l'AIDS	23	34,3
una sigla per definire chi è sieropositivo	19	28,4
entrambe	0	0,0
non so	23	34,3
nessuna risposta	2	3,0
Totale	67	100,0

Totale Albanesi

Quesito n. 7: Che cos'è l'HIV?		
Risposte	V.A.	%
il virus che causa l'AIDS	11	31,4
una sigla per definire chi è sieropositivo	1	2,9
entrambe	1	2,9
non so	20	57,1
nessuna risposta	2	5,7
Totale	35	100,0

Quesito n. 8: Cosa significa sieropositività

Come nel caso della domanda precedente emerge la scarsa conoscenza in materia da parte delle intervistate.

Quasi la metà di loro non conosce il significato della parola sieropositività.

Totale risposte

Quesito n. 8: Cosa significa sieropositività?		
Risposte	V.A.	%
essere malati di AIDS	32	30,8
non essere malati, ma essere infetti	23	22,1
non so	45	43,3
nessuna risposta	4	3,8
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 8: Cosa significa sieropositività?		
Risposte	V.A.	%
essere malati di AIDS	25	37,3
non essere malati, ma essere infetti	11	16,4

non so	29	43,3
nessuna risposta	2	3,0
Totale	67	100,0

Totale Albanesi

Quesito n. 8: Cosa significa sieropositività?		
Risposte	V.A.	%
essere malati di AIDS	7	20,0
non essere malati, ma essere infetti	12	34,3
non so	14	40,0
nessuna risposta	2	5,7
Totale	35	100,0

Quesito n. 9: Conosci malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?

Non esiste solamente l'AIDS. Vi sono altre malattie che si possono trasmettere attraverso il rapporto sessuale. Si è voluto, pertanto, capire se il campione intervistato ne fosse a conoscenza.

Come si evince chiaramente dalle risposte la confusione è massima; si segnalano molte risposte evasive o indicative di non comprensione del quesito posto.

Probabilmente ciò è in parte dovuto al fatto che, mentre il termine AIDS è divenuto di uso comune e immediatamente percepito, altri indicatori di patologie possono essere più di difficile comprensione.

Inoltre si rilevava in sede di somministrazione un minor interesse ed un calo di concentrazione da parte delle intervistate nel rispondere a queste due ultime domande.

Si riportano i risultati dell'elaborazione.

Totale risposte

Quesito n. 9: Conosci le malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?		
Risposte	V.A.	%
Infezioni	3	2,9
malattie trasmissibili sessualmente	1	1,0
AIDS	4	3,8
AIDS e gonorrea	1	1,0
AIDS e malattie del cliente	1	1,0
AIDS e altre malattie	2	1,9
Gonorrea	5	4,8
Sifilide	2	1,9
sifilide ed epatite	1	1,0
sifilide e gonorrea	3	2,9
sifilide, gonorrea ed altre malattie trasmissibili sessualmente	1	1,0
HIV e gravidanza	1	1,0
tubercolosi e colera	1	1,0
malattie infettive della pelle	1	1,0
Tutte	1	1,0
Sì	20	19,2
No	16	15,4

non so	24	23,1
risposta non chiara	2	1,9
nessuna risposta	14	13,5
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 9: Conosci le malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?		
Risposte	V.A.	%
infezioni	0	0,0
malattie trasmissibili sessualmente	1	1,5
AIDS	4	6,0
AIDS e gonorrea	1	1,5
AIDS e malattie del cliente	0	0,0
AIDS e altre malattie	2	3,0
gonorrea	5	7,5
sifilide	2	3,0
sifilide ed epatite	1	1,5
sifilide e gonorrea	2	3,0
sifilide, gonorrea ed altre malattie trasmissibili sessualmente	1	1,5
HIV e gravidanza	0	0,0
tubercolosi e colera	1	1,5
malattie infettive della pelle	0	0,0
tutte	0	0,0
sì	15	22,4
no	7	10,4
non so	17	25,4
risposta non chiara	0	0,0
nessuna risposta	8	11,9
Totale	67	100,0

Totale Albanesi

Quesito n. 9: Conosci le malattie che puoi contrarre facendo la prostituta?		
Risposte	V.A.	%
infezioni	3	8,6
malattie trasmissibili sessualmente	0	0,0
AIDS	0	0,0
AIDS e gonorrea	0	0,0
AIDS e malattie del cliente	1	2,9
AIDS e altre malattie	0	0,0
gonorrea	0	0,0
sifilide	0	0,0
sifilide ed epatite	0	0,0
sifilide e gonorrea	0	0,0

sifilide, gonorrea ed altre malattie trasmissibili sessualmente	0	0,0
HIV e gravidanza	1	2,9
tubercolosi e colera	0	0,0
malattie infettive della pelle	1	2,9
tutte	1	2,9
sì	5	14,3
no	9	25,7
non so	7	20,0
risposta non chiara	2	5,7
nessuna risposta	5	14,3
Totale	35	100,0

Quesito n. 10; Come puoi evitare tali malattie?

Queste risposte sono condizionate, come le precedenti, da una difficoltà di comprensione del quesito.

Emerge con chiarezza come l'uso del profilattico sia il metodo ritenuto più efficace nel prevenire ogni tipo di malattia.

Alta la percentuale di risposte non utilizzabili o indicative di carenza di conoscenze in materia.

Totale risposte

Quesito n. 10: Come puoi evitare tali malattie?		
Risposte	V.A.	%
facendo uso del profilattico	43	41,3
facendo uso del profilattico e della pillola	1	1,0
facendo uso del profilattico e di farmaci	1	1,0
facendo uso del profilattico e ricorrendo alle visite mediche	1	1,0
facendo uso del profilattico e di aghi sterili	1	1,0
facendo uso del profilattico e della pillola ed eseguendo esami del sangue	2	1,9
facendo uso del profilattico e provvedendo all'igiene personale	1	1,0
facendo uso del profilattico o non lavorando	1	1,0
stando attenti	1	1,0
prendendosi cura di sé	2	1,9
attraverso il sesso	1	1,0
non è possibile	4	3,8
non so	15	14,4
risposta non chiara	7	6,7
nessuna risposta	23	22,1
Totale	104	100,0

Totale Nigeriane

Quesito n. 10: Come puoi evitare tali malattie?		
Risposte	V.A.	%
facendo uso del profilattico	37	55,2
facendo uso del profilattico e della pillola	1	1,5

facendo uso del profilattico e di farmaci	1	1,5
facendo uso del profilattico e ricorrendo alle visite mediche	0	0,0
facendo uso del profilattico e di aghi sterili	1	1,5
facendo uso del profilattico e della pillola ed eseguendo esami del sangue	2	3,0
facendo uso del profilattico e provvedendo all'igiene personale	1	1,5
facendo uso del profilattico o non lavorando	0	0,0
stando attenti	0	0,0
prendendosi cura di sé	2	3,0
attraverso il sesso	1	1,5
non è possibile	0	0,0
non so	5	7,5
risposta non chiara	2	3,0
nessuna risposta	14	20,9
Totale	67	100,0

Totale Albanesi

Quesito n. 10: Come puoi evitare tali malattie?		
Risposte	V.A.	%
facendo uso del profilattico	5	14,3
facendo uso del profilattico e della pillola	0	0,0
facendo uso del profilattico e di farmaci	0	0,0
facendo uso del profilattico e ricorrendo alle visite mediche	1	2,9
facendo uso del profilattico e di aghi sterili	0	0,0
facendo uso del profilattico e della pillola ed eseguendo esami del sangue	0	0,0
facendo uso del profilattico e provvedendo all'igiene personale	0	0,0
facendo uso del profilattico o non lavorando	1	2,9
stando attenti	1	2,9
prendendosi cura di sé	0	0,0
attraverso il sesso	0	0,0
non è possibile	4	11,4
non so	10	28,6
risposta non chiara	5	14,3
nessuna risposta	8	22,9
Totale	35	100,0

Uno sguardo di sintesi

Come precedentemente osservato, dalle risposte ottenute nascono alcune riflessioni:

- la prostituzione di strada si effettua in condizioni igieniche precarie ed è svolta da soggetti particolarmente poveri e con uno scarso livello di istruzione.
- La maggior parte delle intervistate è consapevole della pericolosità per la propria salute dell'AIDS. Rari i casi in cui sia emersa una totale ignoranza di tale rischio.
- Le informazioni di cui le intervistate sono in possesso paiono essere frammentarie e più dovute ad un passa parole tra "colleghe" che ad una campagna di informazione puntuale e scientifica. Lo si evince, ad esempio, dalle risposte circa le modalità di trasmissione della malattia (quesito n.2).
- Il profilattico è il metodo di protezione più conosciuto e, si auspica, più utilizzato. E' conosciuta

anche la possibilità di effettuare un test per la ricerca della malattia e traspare anche una certa disponibilità ad effettuarlo (quesito n. 5).

- Sono poco conosciute o ignorate le altre malattie a trasmissione sessuale.

E' sempre più evidente la necessità di operare nel settore offrendo una informazione sanitaria che sia semplice, ma al tempo stesso corretta e comprensiva di tutti i rischi di patologie che si possono contrarre e non con il solo riferimento all'AIDS.

Val la pena ricordare che, a fronte domanda di prostituzione elevata e pressoché costante, una campagna di sensibilizzazione sanitaria pare quanto mai utile non solo per chi si prostituisce, ma per l'intera collettività

Infezione da HIV e malattia

Introduzione

Anche se negli ultimi due anni sono notevolmente modificate la mentalità, l'attività e l'approccio al malato infetto da HIV, con conseguente cambiamento di prospettive per i sanitari e i pazienti stessi, resta ancora necessario intervenire su diversi fronti per prevenire il diffondersi dell'infezione da HIV ed evitare che altri soggetti si ammalinino di AIDS.

Nell'anno 1998 più di tre milioni di giovani sono stati contagiati da HIV e di questi 600.000 sono bambini o adolescenti sotto il 15° anno di età. Durante l'anno passato sono stati contagiati 8500 giovani al giorno, con la frequenza impressionante di 6 ogni minuto. Questo ci fa pensare alla necessità di una informazione "ad hoc" capace di richiamare l'attenzione e prevenire la diffusione dell'infezione.

Siamo convinti che la campagna di prevenzione si basa esclusivamente sull'informazione "elementare" e soprattutto su una informazione sempre più "personalizzata" in modo che il singolo soggetto si senta chiamato in prima persona a verificarsi circa il possibile contagio.

Quando si parla di sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS: Acquired Immuno-Deficiency Syndrome) si indica un quadro clinico causato dall'Human Immunodeficiency Virus (HIV) appartenente alla famiglia Retroviridae.

Questo specifico virus ha come principale caratteristica quella di compromettere le difese immunitarie dell'organismo umano (cioè tutti quei meccanismi di difesa che il nostro organismo mette in atto per sopravvivere) così da provocarne, nei soggetti affetti, manifestazioni cliniche caratterizzate da una elevata suscettibilità alle infezioni opportunistiche e tumori maligni insoliti in soggetti normali.

Storia dell'HIV

Si racconta, non solo come una "storia", ma come la realtà di origine dell'AIDS, che una scimmia, in un momento temporale non ben identificato ha trasmesso il proprio virus (HIV) all'uomo.

Probabilmente le scimmie coinvolte erano più di una.

Inizialmente sono stati identificati tre diversi tipi di virus dell'immunodeficienza umana, ma successivamente si sono riscontrate delle somiglianze tra i ceppi in base alle quali si è potuto definire i ceppi di HIV come HIV-1 e HIV-2. I ceppi che infettano più facilmente l'uomo sono quelli HIV-1, appartenenti a loro volta ai gruppi M, N, O e questi risultano strettamente collegati al virus SIVcpz che infetta gli scimpanzé *Pan troglodytes troglodytes*.

Il luogo di origine di questi scimpanzé è il Camerun che coincide con la zona di maggiore localizzazione dei ceppi HIV dei gruppi M, N, e O del virus HIV-1, inoltre in questa zona gli scimpanzé vengono cacciati dagli uomini per la loro carne, poi rivenduta nei mercati e supermercati. E' verosimile che lo scimpanzé, pur non presentando gli stessi quadri clinici visibili nell'uomo, costituisca però la riserva naturale del virus HIV.

Si suppone che il virus SIV si sia soffermato per centinaia e centinaia di anni nelle scimmie prima di diventare infettivo per l'uomo: tra le teorie più credibili si suppone che il contatto scimpanzé - uomo sia avvenuto mediante la caccia o l'addomesticamento, oppure in seguito alla cattura dei primati e all'utilizzo dei loro organi per la creazione di vaccini; così si è verificato il trasferimento del

virus dalle scimmie all'uomo.

Sembrerebbe che la prima infezione da HIV umano si sia manifestata in un uomo che nel 1959 viveva in una regione ora chiamata Congo e che da questa persona si sia poi diffusa all'interno della specie umana. Alcuni studiosi, però, sostengono che l'arrivo del virus HIV sulle sponde europee è probabilmente da imputare ad un marinaio norvegese, infettato con il gruppo 0 del virus tra il 1961 e 1965 nel corso del suo primo viaggio africano, nella città di Douala, principale porto commerciale del Camerun, e morto di AIDS nel 1976.

Arrivato in Europa via mare, il viaggio del virus è proseguito via terra in molte nazioni, lungo le strade percorse dal camion guidato dal norvegese dal 1969 al 1974. Lungo questo tragitto, infatti, nella città di Wesseling e di Reims, sono stati identificati nel 1979 e nel 1981 i seguenti due casi di infezione da HIV-1, dovute al gruppo 0.

La diffusione del virus poi è esplosa con l'insorgere del sempre più forte processo di urbanizzazione e di conquista dell'Africa.

Come si è diffusa la malattia

I primi casi di AIDS sono stati rilevati nella primavera del 1981 in giovani omosessuali dello stato di New York che presentavano quadri di sarcoma di Kaposi e polmonite da *Pneumocystis carinii*. Dai primi focolai newyorkesi, californiani e dei Caraibi, l'epidemia si è rapidamente estesa al Centro e Sud America, al Canada, all'Europa Occidentale e all'Australia, raggiungendo le dimensioni di una vera pandemia. Contemporaneamente la malattia è stata segnalata in alcuni paesi dell'Africa Centrale (Kenya e Rwanda), dove sembra aver fatto la sua comparsa in epoca antecedente le segnalazioni americane, già orse alla fine degli anni Cinquanta.

Nel nostro paese, i primi casi di AIDS sono stati segnalati nel 1982, a distanza di circa un anno dai casi individuati negli Stati Uniti. Si trattava di casi sporadici diagnosticati in omosessuali, che avevano soggiornato in altri paesi nei quali avevano probabilmente contratto l'infezione.

In totale in Italia alla fine del primo semestre del 1984 non si contavano più di dieci casi di AIDS. Nel secondo semestre dello stesso anno, a Milano veniva diagnosticato il primo caso di AIDS in un tossicodipendente e quella data ha segnato l'inizio della pandemia. Da allora si è andata sempre più impennando la curva dei casi di AIDS rivelandosi soprattutto ampia nei soggetti tossicodipendenti.

Negli anni ottanta l'AIDS è diventata la più importante causa di morte nei soggetti giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 29 anni invertendo il trend generale di mortalità che, sino ad allora era in costante diminuzione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, dall'inizio della pandemia ad oggi, circa 30 milioni di adulti e 1,1 milioni di bambini si siano infettati con HIV nel mondo e al 1° dicembre 1997 sono 2,3 milioni i casi di AIDS segnalati e circa 375.000 i decessi, ripartiti tra i vari continenti con una prevalenza di malattia del 77% in Africa.

In Europa, al 1 dicembre 1997, sono stati notificati 530.000 casi di AIDS; la Francia, la Spagna e l'Italia sono, nell'ordine, le nazioni con il più alto numero di pazienti. Lombardia e Emilia Romagna sono le regioni che contano il più alto numero di casi di AIDS.

Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile è andata progressivamente aumentando, passando dal 16% del 1985 al 24,9% del 1996. L'età mediana alla diagnosi di AIDS ha mostrato un aumento nel tempo, sia tra i maschi sia tra le femmine. Infatti nel 1985 l'età media era di 29 anni per i maschi e 24 anni per le femmine, passando nel 1996 rispettivamente a 35 e 33 anni.

Modalità di trasmissione dell'infezione

L'infezione da HIV può trasmettersi sia per via parenterale (trasfusioni di sangue di persona infetta, contatto accidentale con strumenti contaminati da materiale biologico infetto, inoculazione di piccole quantità di sangue contaminato attraverso lo scambio di siringhe tra tossicodipendenti), che attraverso rapporti sessuali (sia omosessuali sia eterosessuali; la trasmissione è favorita se uno o entrambi i partners hanno una malattia sessualmente trasmessa), o per via perinatale (durante la gravidanza, al momento del parto o dopo la nascita con l'allattamento).

Il rischio di infezione è molto diverso e varia da caso a caso in relazione alle modalità di esposizione, ai fattori predisponenti dell'ospite e allo stile di vita (o agli stili di vita) di HIV. Il rischio di trasmettere l'infezione attraverso una trasfusione è molto alto (>90%), mentre per i rapporti

eterosessuali viene valutato inferiore all'1%. Il rischio di infezione per via parenterale tra gli operatori sanitari si avvicina al 2 per 1000.

La modalità di trasmissione dell'infezione da HIV ha subito cambiamenti negli ultimi anni assistendo ad un progressivo aumento di trasmissione virale per via sessuale (omo, trans ed eterosessuale) con una elevata incidenza di infezione nel sesso femminile. Questo contemporaneamente ad un calo di incidenza di trasmissione per via trasfusionale da aghi e siringhe infette. Il panorama di questa infezione si viene perciò a spostare verso un gruppo di popolazione più generalizzato rispetto a quello considerato negli anni Ottanta che comprendeva prevalentemente tossicodipendenti ed omosessuali.

Un'importante scoperta si è avuta nello studio della trasmissione sessuale del virus identificando due stipiti particolarmente interessati in questo tipo di diffusione: il tipo M-tropico e T-tropico.

La scoperta è importante in quanto le cellule immunitarie che per prime incontrano l'HIV-1 sulla superficie dei genitali, le cosiddette isole di Langerhans, dovrebbero essere vulnerabili ad entrambe le forme del virus, mentre indagini precedenti hanno mostrato che, dopo la trasmissione per via sessuale, l'HIV-T tropico resta "chiuso fuori" dalle isole di Langerhans.

Questo fenomeno è importante per la formulazione di un futuro vaccino virus specifico; alcuni studiosi ritengono che questo fatto è da implicare alla mancata produzione da parte delle cellule di Langerhans di una proteina superficiale specifica della quale il virus T-tropico ha bisogno per sbloccare chimicamente la membrana della cellule e penetrare nel suo interno.

Contemporaneamente si è invece scoperta un'altra proteina prodotta dalle cellule di Langerhans che il virus M-tropico utilizza come una "chiave" per aprire le cellule del sistema immunitario e infettarle.

L'Italia si trova sempre ai primi posti nel mondo per quanto riguarda la diffusione dell'infezione tra i tossicodipendenti per via venosa (nel 63% dei casi notificati di AIDS si riconosce questa epidemiologia); segue la trasmissione con rapporti sessuali (il 15,1% dei casi di AIDS nel nostro paese derivano da rapporti omosessuali; il 14,8% da rapporti eterosessuali).

Il numero dei casi di AIDS pediatrici (1,5% del totale, di cui il 93,7% sono riconducibili ad una trasmissione verticale del virus) è in riduzione: l'introduzione della terapia con AZT somministrato per via orale in gravidanza e per infusione durante il parto, e somministrato al neonato nelle prime settimane di vita, diminuisce di circa due terzi il tasso di trasmissione.

Come si fa diagnosi di Infezione

Per effettuare la diagnosi di infezione da HIV occorre ricercarne direttamente gli anticorpi prodotti dall'organismo umano nel siero del soggetto a rischio, oppure isolare il virus nei linfociti circolanti attraverso tecniche colturali di isolamento virale, o ancora ricercare gli antigeni virali nei linfociti o in altri materiali biologici quali siero, plasma o liquor cerebrale e infine utilizzare le nuove tecniche diagnostiche rapide che consistono nella ricerca del genoma virale (PCR).

Senza dubbio la tecnica meno costosa e più indicata negli screening dei soggetti a rischio di infezione e nei donatori di sangue è quella basata sulla ricerca degli anticorpi specifici nel siero.

ELISA è appunto una tecnica che utilizza come meccanismo di ricerca un test immunoenzimatico. Questo test ha però bisogno di un secondo test di conferma, il Western blot, che utilizza strisce di nitrocellulosa su cui sono legate le diverse proteine che costituiscono il virus.

L'identificazione del virus avviene invece dopo la coltivazione dello stesso su terreni di coltura e il suo riconoscimento attraverso tecniche di immunofluorescenza. Anche la microscopia elettronica è utile nell'identificazione del virus presente nelle cellule di coltura.

Da pochi anni è stata messa a punto la PCR o Polymerasi Chain Reaction, una tecnica molto specifica e sensibile che si basa sull'identificazione virale attraverso l'amplificazione del genoma virale stesso.

All'estero sono già diffusi numerosi tipi di analisi basate sui "test rapidi" utilizzati con successo per la rilevazione veloce dell'HIV; per diffonderli occorre ancora però perfezionarli, in modo da renderli agevolmente utilizzabili da una larga parte della popolazione media e risultare ugualmente sensibili e sicuri.

Tra questi particolare rilievo assumono il test sulla saliva o Saliva. Strip e l'Hema. Strip che consiste in una puntura su un dito e nel prelievo di una goccia di sangue intero su cui viene eseguito il test.

Correlazione tra HIV e malattie a trasmissione sessuale

La cura delle malattie a trasmissione sessuale implica gravi disagi per gli operatori e per il paziente stesso. Non è prassi comune in chi cura la malattia da HIV interessarsi anche di malattie a trasmissione sessuale, quali la sifilide che molto spesso accompagnano i pazienti che hanno contratto l'HIV per via sessuale.

Per questo motivo si stanno mettendo in atto programmi di prevenzione e di intervento per l'integrazione tra HIV e malattie a trasmissione sessuale. Il legame tra malattie a trasmissione sessuale e infezione da HIV acquista rilevanza maggiore, nel rapporto uomo - donna di quella che gli viene attribuita nell'ambito del rapporto omosessuale tra maschi, dove la penetrazione anale rappresenta un fattore di rischio tale da mettere in secondo piano qualsiasi altra considerazione. Negli Stati Uniti si è dimostrato chiaramente che una corretta prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale costituisce una buona strategia anche per la prevenzione dell'AIDS. A questo proposito si sta diffondendo il concetto per cui, prevenendo le malattie a trasmissione sessuale, si contribuisce a limitare la diffusione dell'AIDS.

I Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) hanno aggiornato le proprie direttive per la cura delle Malattie a Trasmissione Sessuale del 1993, includendovi nuove raccomandazioni per il trattamento delle verruche genitali primarie e recidivanti e ampliando la sessione dedicata ai pazienti sieropositivi asintomatici

Tali linee guida raccomandano di sottoporre sempre al test dell'HIV chi è affetto da una malattia a trasmissione sessuale, fornendo anche una adeguata assistenza pre e post esame.

Va ricordato, a questo proposito, che i sistemi di controllo della fecondità attraverso il profilattico proteggono, anche se non al 100%, dall'infezione da HIV, ma non dalle malattie a trasmissione sessuale e che l'utilizzo della pillola anticoncezionale, impedisce la gravidanza, ma non consente alcun controllo sulla trasmissione delle malattie a trasmissione sessuale e tanto meno dell'HIV.

Dall'infezione alla malattia

Una serie di meccanismi sia virologici (cioè legati al virus HIV) che immunologici (cioè legati alla risposta dell'ospite, nel nostro caso l'uomo), concorrono a spiegare il deterioramento del sistema immunitario che si verifica nei soggetti infetti.

Questi meccanismi possono variare secondo le diverse fasi dell'infezione tra le quali tipicamente ne vengono individuate tre:

- 1) infezione primaria o acuta;
- 2) fase di latenza clinica;
- 3) malattia conclamata o AIDS.

La fase acuta si evidenzia clinicamente nei due terzi circa degli adulti infettati con HIV; i sintomi sono il più delle volte aspecifici e si limitano a modesto rialzo febbrile, astenia, artralgie, lieve calo ponderale, linfadenopatia (principalmente laterocervicale, ascellare e inguinale), cui si possono associare faringodinia, cefalea, vomito, diarrea, dolore retro-orbitario, splenomegalia, rash maculopapuloso. Solo in alcuni casi si osserva una sintomatologia più definita, con ulcere del cavo orale, dell'esofago e del canale anale, esantema rubeoliforme o, più raramente, meningite o encefalite acuta, mielopatie o neuropatie. Tale sintomatologia si può rilevare da due a sei settimane dopo l'infezione da HIV e si risolve spontaneamente dopo circa tre settimane.

In questa fase si possono riscontrare elevati livelli di viremia (concentrazioni plasmatiche di HIV-RNA anche >10⁷ copie/ml), correlati, presumibilmente, alla diffusione sistemica di HIV nel tessuto linfonodale, sito importante di sequestro e di replicazione virale. Si ha inoltre una notevole riduzione dei linfociti T CD4+ circolanti ed un incremento parallelo dei CD8+. Nel momento in cui le cellule CD4+ diminuiscono velocemente si preannuncia la progressione della malattia.

Gli anticorpi che vengono prodotti in questa fase non sono tuttavia protettivi, ma svolgerebbero un ruolo importante nell'intrappolamento del virus nel tessuto linfatico (linfonodi e tonsille in particolare). Affinché gli anticorpi siano individuabili con il test ELISA comunemente impiegato, è necessario attendere dalle due settimane ai due mesi dopo il contagio; nel periodo che precede la sieroconversione l'infezione può essere diagnosticata mediante l'identificazione dell'RNA o del C-DNA con la metodica PCR che risulta positiva dopo due-tre settimane dall'infezione.

La maggior parte dei pazienti sono asintomatici nella fase di latenza clinica dell'infezione; tra i quadri clinici possibili la linfadenopatia generalizzata è il più comune. La LPG (Linfadenopatia

Generalizzata Persistente) o LAS (Lymphadenopathy Syndrome) si definisce come l'aumento di volume dei linfonodi superiore ad 1 cm a carico di almeno due stazioni linfonodali extrainguinali non contigue, aumento che persiste almeno da tre mesi e non è attribuibile ad altre cause né accompagnato da altri sintomi organici in un soggetto HIV-sieropositivo.

Con il progredire dell'immunodepressione il paziente comincia a presentare i segni e i sintomi premonitori dello sviluppo di una malattia conclamata, genericamente indicati come ARC (AIDS-related complex): febbre persistente, sudorazioni notturne, malessere generale, calo ponderale >10%, diarrea per più di un mese, linfadenopatia generalizzata. In questa fase possono essere presenti infezioni opportunistiche "minori", quali la candidosi orale e genitale ricorrente, herpes Zoster multimetamerico, oral hairy leukoplakia, herpes simplex cutaneo-mucoso. La comparsa di questa sindrome in generale precede di mesi (fino a due o più anni) la comparsa dell'AIDS conclamata.

La Fase conclamata della malattia è caratterizzata dalla comparsa di infezioni opportunistiche "maggiori" e di neoplasie. Si osserva a questo punto un incremento progressivo della carica virale. L'elenco delle patologie indice di AIDS è stato definito nel 1986 dai CDC. Tale elenco ha subito modifiche negli anni, con conseguente inserimento di altre patologie, fino ad arrivare alla classificazione riveduta dai CDC nel 1993, attualmente in uso.

Quali sono i parametri che definiscono la progressione dell'infezione

Attualmente abbiamo a disposizione markers che permettono di definire l'andamento dell'infezione anche nella fase clinicamente silente cioè priva di sintomi rilevabili. Questi markers sono fondamentali per l'intervento terapeutico e per definire la prognosi dell'infezione; è in questa fase, infatti, che si verificano gli eventi fondamentali per la progressione della malattia. Il marker indiretto più utilizzato è la conta dei CD4+ (cellule del sistema immunitario); ad esso si associa il marker diretto cioè l'HIV-RNA (plasma-viremia). Mentre la conta dei CD4+ nel sangue periferico è ritenuta essere uno dei marcatori più sensibili di progressione, l'uso dei metodi quantitativi di rilevazione dell'HIV-RNA ha permesso di definire con maggior precisione le oscillazioni tra i livelli di viremia e lo stadio clinico.

In tutti i pazienti, indipendentemente dallo stadio clinico, si rilevano livelli di viremia, maggiori durante la fase acuta e nella malattia conclamata, e minori nella fase clinicamente silente. Elevati livelli di viremia sono in genere correlati a bassi livelli di CD4+ e ad una più rapida progressione della malattia.

La conta dei CD4+ da sola è un mezzo inadeguato per valutare la prognosi e la risposta alle terapie antiretrovirali a causa della loro elevata instabilità

In vari studi è stato evidenziato che pazienti con viremia elevata (>10.000 copie/ml) tendono a progredire verso la malattia conclamata entro dieci anni dalla rilevazione dell'HIV-RNA con frequenza maggiore rispetto a pazienti con viremia <10.000 copie/ml, indipendentemente dai livelli di CD4+ rilevati all'inizio dell'infezione.

La sola conta dei CD4+ rimane invece il parametro rilevante in quei pazienti che presentano una fase più avanzata della malattia; essi, infatti, progrediscono anche in presenza di valori di HIV-RNA <10.000 copie/ml.

Per quanto riguarda l'applicazione clinica di tali markers è possibile concludere che i livelli di HIV-RNA plasmatico sembrano costituire il marker migliore per predire l'evoluzione a lungo termine dell'infezione da HIV, mentre la conta dei linfociti T CD4+ rimane il miglior indicatore per valutare il rischio di sviluppo di patologie opportunistiche a breve e medio termine. Poiché i due markers danno informazioni complementari riguardo alla progressione dell'infezione, il loro contemporaneo utilizzo permette di avere un quadro più completo della situazione del paziente e della sua risposta alla terapia.

Il ruolo dei markers è, infatti, fondamentale anche nella valutazione della terapia antiretrovirale, sia per stabilire il momento più opportuno per iniziarla, sia per monitorarne l'efficacia. A tale riguardo sono state elaborate delle raccomandazioni per l'utilizzo corretto in clinica della misurazione dell'HIV-RNA. La conta dei linfociti CD4+ rimane, invece, fondamentale per l'instaurazione di profilassi delle infezioni opportunistiche.

Gli studi sulla storia naturale dell'infezione hanno dimostrato che il tempo che intercorre tra l'infezione e lo sviluppo della malattia conclamata, cioè il periodo mediano libero da malattia, è di circa 10-12 anni nei soggetti non trattati con farmaci antiretrovirali. Esiste comunque una grande

variabilità: il 20% dei pazienti manifesta la malattia conclamata entro 5 anni dall'infezione, mentre il 10-12% degli HIV positivi mantiene livelli di viremia molto bassi e valori di CD4+ nei limiti della norma per periodi molto più lunghi.

Il 18-25% degli infettati è destinato, anche in assenza di interventi terapeutici, a rimanere asintomatico per oltre 20 anni.

I quadri clinici principali = Le infezioni Opportunistiche

Le infezioni opportunistiche sono causate da microrganismi presenti normalmente nell'ambiente e generalmente non patogeni in soggetti immunocompetenti, ma in grado di indurre manifestazioni patologiche anche gravi in condizioni di immunodepressione.

Gli agenti opportunistici che infettano i soggetti HIV-positivi presentano una diversa incidenza; la variabile più importante implicata nell'incidenza delle infezioni opportunistiche è il numero assoluto dei linfociti CD4+; infatti, alcune patologie si presentano già durante la fase chiamata ARC (candidosi orale e genitale ricorrente, hairy leukoplakia, condilomatosi, herpes zoster, herpes simplex muco-cutaneo), mentre altre sono sostenute da agenti patogeni meno aggressivi, che necessitano di una grave compromissione immunologica per poter infettare l'ospite o riattivarsi in corso di una infezione latente.

I pazienti sono generalmente asintomatici quando la conta dei linfociti CD4+ è sopra le 500cell/μL; con una conta tra 250 e 500 possono manifestarsi candidosi orofaringea e tubercolosi (non propriamente definibile patologia opportunistica); tra i 150 i 200 può comparire il sarcoma di Kaposi, la cryptosporidiosi il linfoma non-Hodgkin. Con conte di CD4+<100cell/μL si sviluppano le comuni infezioni opportunistiche che definiscono l'AIDS: polmonite da Pneumocystis Carinii, toxoplasmosi cerebrale, criptococcosi, infezione persistente da Herpes simplex virus, candidosi esofagea, infezione da MAC (Mycobacterium avium complex). Con conte linfocitarie CD4+<50cell/μL può manifestarsi la retinite da Citomegalovirus.

Conoscendo la quota di CD4 sotto la quale aumenta il rischio di sviluppare una specifica infezione opportunistica si possono adottare misure di profilassi adeguate e sottoporre il paziente ad uno screening mirato.

Polmonite da Pneumocystis carinii

La polmonite da Pneumocystis carinii si verifica esclusivamente in soggetti con deficit grave dell'immunità cellulo -mediata (CD4+ <50 cell/μL). La polmonite si manifesta con un quadro di grave insufficienza respiratoria che può portare alla morte. Il verificarsi di un episodio di PCP sembra esporre il paziente ad un rischio aumentato in modo significativo di infezione da micobatteri, citomegalovirus e da funghi.

Toxoplasmosi cerebrale

La toxoplasmosi cerebrale (TC) è una delle principali cause di infezione focale del Sistema Nervoso Centrale (SNC) causata da un protozoo il Toxoplasma gondii in pazienti immunodepressi. Nei pazienti con infezione da HIV è la più frequente infezione opportunistica dopo la polmonite da Pneumocystis carinii.

I soggetti sieronegativi per Toxoplasma gondii, (cioè soggetti privi di anticorpi specifici), indipendentemente dalla conta linfocitaria devono essere istruiti scrupolosamente sulla prevenzione dell'infezione primaria che consiste nel non consumare carne cruda, lavare accuratamente le mani in caso di contatto con la terra, cambiare quotidianamente la lettiera del gatto domestico per evitare la maturazione delle oocisti.

In genere i soggetti con CD4+<100 cell/μL sono quelli a più alto rischio di sviluppo dell'infezione.

Micobatteriosi non tubercolari

La frequenza di Micobatteriosi non tubercolare in soggetti HIV positivi, principalmente infezioni da Mycobacterium avium complex (MAC) e Mycobacterium kansasii, varia grandemente nelle diverse aree geografiche soprattutto in relazione alla diffusione del micobattere nell'ambiente. Si verifica nel 20-40% dei pazienti HIV-positivi in corso di immunodepressione marcata (CD4+<100/μL). Il 98% delle infezioni disseminate è causato da M. avium.

Malattia da Cytomegalovirus

L'infezione da Cytomegalovirus (CMV) è diffusa in tutto il mondo; il contagio avviene per via

respiratoria nei primi anni di vita, successivamente anche per trasmissione venerea, è inoltre possibile la trasmissione attraverso il sangue.

L'infezione è nella maggior parte dei casi asintomatica, ma individui che contraggono il CMV possono eliminare il virus per molti mesi od anni.

Il rischio di sviluppare un'infezione sintomatica da CMV è elevata soprattutto per conte di $CD4^+ < 100 \text{ cell}/\mu\text{L}$ ed è aumentato nei soggetti omosessuali. La malattia da CMV viene diagnosticata come patologia indice di AIDS nel 10% dei pazienti ed il rischio di malattia è del 40% dopo due anni dalla diagnosi di infezione.

Tubercolosi

La tubercolosi, malattia diffusa in tutto il mondo, non è propriamente una patologia opportunistica e i soggetti con infezione da HIV hanno una elevata probabilità di sviluppare la patologia.

La malattia può verificarsi in qualunque stadio clinico, ma le forme più gravi disseminate compaiono in uno stadio avanzato. Può derivare sia da un'infezione primaria che da una riattivazione di una infezione latente.

La profilassi antitubercolare non viene somministrata solitamente a tutti gli HIV positivi sotto una determinata conta di linfociti $CD4^+$, ma dev'essere offerta a determinate categorie di pazienti indipendentemente dal numero dei $CD4^+$.

Tutti i soggetti HIV positivi dovrebbero essere sottoposti a screening antitubercolare precoce; i soggetti candidati alla profilassi sono quelli con test cutaneo positivo (reazione uguale o maggiore di 5 mm osservata dopo 48 ore dall'inoculazione di PPD 5U) dopo aver escluso quadri di malattia in atto, contatti stretti con soggetti con malattia bacillifera attiva e soggetti con segni radiologici di infezione.

Tutti i soggetti che hanno sviluppato una malattia da Mycobacterium tuberculosis sono candidati alla profilassi secondaria o terapia di mantenimento per 9-12 mesi dall'episodio acuto.

Altre patologie opportunistiche minori.

La polmonite da Streptococcus pneumoniae nei pazienti con infezione da HIV ha una frequenza 100 volte superiore rispetto alla popolazione normale.

La meningite da Criptococcus neoformans ha un'incidenza bassa (inferiore al 10% e la frequenza come patologia indice di AIDS del 5%), ma presenta un'elevata mortalità e un costo terapeutico elevato. La malattia consegue alla prima infezione da parte del microrganismo, infezione più frequente nei soggetti con $CD4^+ < 50 \text{ cell}/\mu\text{L}$ specialmente se tossicodipendenti.

Infezione da Herpes simplex virus (HSV) e da Varicella zoster virus (VZV), che si manifestano anche con recidive frequenti.

L'infezione da Candida spp è estremamente frequente nei pazienti HIV positivi; le forme più comuni sono le candidiasi orofaringee (nel 50-90% dei pazienti HIV-positivi) e vulvovaginali (nel 30% delle pazienti), le più gravi sono quelle di pertinenza esofagea o laringobronchiale (patologie indice di AIDS con frequenza del 10-15%).

Terapie antiretrovirali

Negli ultimi anni sono stati messi a punto numerosi farmaci antiretrovirali che sono stati introdotti nella pratica clinica dopo i consueti studi per verificare efficacia, tollerabilità e capacità di diffondere al sistema nervoso centrale.

Per essere efficaci i farmaci antiretrovirali devono essere selettivi e cioè capaci di inibire la replicazione virale senza interferire con le funzioni dell'organismo ospite. Bisogna tenere presente che tali farmaci hanno sempre una selettività di azione relativa, in quanto intervengono con maggior efficacia sulle strutture virali in modo più selettivo, ma mantengono sempre una certa tossicità per le cellule dell'organismo ospite.

Inibitori della trascrittasi inversa (NRTI)

Agiscono sulla replicazione virale inibendo l'attività dell'enzima trascrittasi inversa e dando luogo ad un'infezione abortiva. Il loro impiego in associazione permette di ottenere una maggior potenza antiretrovirale e una riduzione dell'insorgenza di ceppi resistenti.

Inibitori delle proteasi (IP)

Gli inibitori delle proteasi costituiscono una nuova classe di farmaci attivi contro il virus HIV-1 in grado di interferire con la produzione virale anche all'interno delle cellule nelle quali il virus si replica.

Questi farmaci agiscono su enzimi specifici del virus che hanno un ruolo fondamentale nella maturazione e nell'acquisizione della capacità infettante. I virioni acquisiscono completa maturità al di fuori della cellula da cui gemmano grazie alla scissione di alcuni prodotti polipeptidici trascritti dal provirus e incorporati nel virione. Gli inibitori delle proteasi ostacolano questa fase inducendo la produzione di virioni immaturi.

Linee-guida per la terapia antiretrovirale

Le modalità di intervento terapeutico nei pazienti affetti da HIV si sono andate modificando nel corso degli ultimi anni, questo anche grazie alla scoperta di nuove molecole con funzionalità selettiva sui meccanismi di riproduzione del virus stesso. Ciò ha reso necessaria l'organizzazione e la promulgazione di "linee guide" per l'intervento terapeutico che prendessero in considerazione il tempo di intervento e la qualità dello stesso in modo da limitare la formazione di resistenze farmacologiche ed avere un "ordine" di azione che consentisse l'interpretazione dei risultati. Il documento più recente e più autorevole di linee guida di terapia antiretrovirale è rappresentato dalle linee guida della International AIDS Society.

Definire il momento opportuno per iniziare la terapia antiretrovirale è ancora un punto controverso. L'ideale sarebbe avviare il trattamento quando la produzione di virus non ha ancora raggiunto il punto massimo. Questa scelta permette di ottenere una maggior efficacia del farmaco e di ridurre la formazione di resistenze dell'organismo al farmaco tali da renderlo inefficace. Ovviamente occorre tenere presenti i due parametri più importanti per valutare la progressione della malattia, ovvero HIV RNA e CD4+.

Sufficientemente dimostrata è l'utilità del trattamento dell'infezione acuta. Viene oggi suggerita l'associazione di 2 inibitori della trascrittasi inversa più un inibitore delle proteasi.

In tutti gli stadi dell'infezione da HIV la determinazione della viremia plasmatica assume, rispetto alla conta dei CD4+, la dignità di parametro fondamentale; pertanto l'inizio della terapia antiretrovirale è indicato sempre per valori della viremia plasmatica superiori alle 5-10.000 copie/ml.

L'associazione iniziale deve essere costituita da 3 farmaci: 2 analoghi nucleosidici e un inibitore delle proteasi.

HAART e storia naturale

Gli inibitori delle proteasi hanno rappresentato una tappa fondamentale nella lotta contro la malattia.

La terapia triplice che comprende un inibitore delle proteasi viene comunemente definita con il termine HAART: Highly active antiretroviral therapy.

Con l'avvento di tale terapia l'interesse degli autori si è rivolto da una parte verso lo studio dell'influenza della nuova strategia terapeutica sulla storia naturale della malattia e quindi sullo sviluppo di patologie opportunistiche che sono il fattore più importante nel determinare la morbilità e la mortalità nella malattia da HIV; d'altra parte essi hanno voluto approfondire i meccanismi che consentono un miglioramento della condizione del sistema immunitario in termini di risalita della conta linfocitaria.

HAART: rapporto costo-beneficio

Il quadro clinico e la sopravvivenza dei pazienti con HIV è drasticamente cambiato con l'introduzione di HAART passando da una evoluzione verso la malattia nel 1997 di circa il 90% all'attuale 62,2%, mentre il tasso di letalità è passato dal 50% del 1995 al 15% del 1997.

Lo schema terapeutico con HAART risulta efficace nell'80% dei casi con una durata di efficacia fino a 12 mesi, lasciando comunque ancora aperti numerosi problemi.

Il problema farmaco-economico è di grande rilevanza. Infatti il costo dello schema HAART è molto elevato, in quanto deve sostenere una terapia cronica da estendersi ad un gran numero di

pazienti e sembra difficile da fronteggiare con le risorse, purtroppo limitate, attualmente a disposizione.

Studi in corso e prospettive future

Gli ultimi due anni (97-98) sono stati caratterizzati dall'introduzione nella pratica clinica di nuovi e potenti agenti antiretrovirali e dalla conclusione di studi clinici controllati e randomizzati che hanno provato l'efficacia virologica e clinica di potenti combinazioni farmacologiche. L'impiego estensivo di questi farmaci, nei paesi dove è stato possibile accedervi, ha coinciso temporalmente con una significativa riduzione delle nuove notifiche di AIDS, del numero delle ospedalizzazioni per infezioni opportunistiche e del numero dei decessi, confermando a livello di popolazione l'impressione che le nuove terapie possano essere in grado di modificare nel breve/medio termine la storia naturale dell'infezione da HIV. Tuttavia è evidente la necessità di un monitoraggio attento all'uso allargato delle nuove terapie, soprattutto ai fini della valutazione a lungo termine degli effetti collaterali e tossici.

L'infezione acuta primaria rappresenterebbe dal punto di vista patogenetico il momento ideale per iniziare la terapia antiretrovirale. Nella maggioranza dei casi questa fase dell'infezione non viene individuata (perché decorre in maniera asintomatica o perché non viene riconosciuta) e il paziente giunge all'osservazione solo dopo la sierconversione. Nei casi in cui è attuabile, il trattamento deve consistere nella somministrazione di una combinazione potente (almeno tre farmaci), con l'obiettivo di giungere ad una soppressione massimale della replicazione virale. Pur se molti studi fanno ipotizzare un potenziale beneficio in termini di progressione clinica del trattamento antiretrovirale aggressivo dell'infezione acuta, bisogna tenere presente che mancano ancora dati conclusivi che definiscano il tempo per il quale è necessario continuare la terapia. I limiti degli attuali agenti antiretrovirali e le difficoltà incontrate dai pazienti dall'aderire a regimi terapeutici estremamente complessi sottolineano l'urgenza di individuare nuovi agenti antivirali, nuove combinazioni e nuove strategie terapeutiche. In un futuro prossimo potrebbero rendersi disponibili quattro nuovi agenti antiretrovirali attualmente in fase di sviluppo clinico: un nuovo inibitore della trascrittasi inversa (abacavir), un nuovo inibitore della trascrittasi inversa non nucleosidico (efavirenz), un nucleotide della trascrittasi inversa (adefovir), un nuovo inibitore della proteasi (amprenavir). Tuttavia è evidente l'importanza di realizzare studi che favoriscano la messa a punto di nuove e più efficaci strategie terapeutiche.

Qualche parola sulla prevenzione

Alle soglie del 2000, ci ritroviamo in una società nella quale lo scenario della salute risulta rivoluzionato da un virus; l'infezione da HIV, infatti, sconvolge i quadri tipici delle malattie infettive. L'incubazione prolungata del virus nell'organismo e la fase clinica sintomatica che può durare anni e non porta mai a guarigione rendono questa malattia una patologia cronico-degenerativa in guaribile.

Ciò rende essenziale la realizzazione di una efficace campagna di prevenzione che educi e informi adeguatamente la popolazione.

Dopo circa 10 anni di campagne di prevenzione il quadro generale sembra essere il seguente:

- la popolazione conosce il pericolo dell'AIDS
- le persone sono coscienti dei comportamenti a rischio
- esistono ancora frange della società che ignorano il problema. Ad esempio, ci sono ancora individui resistenti all'utilizzo del profilattico nei rapporti sessuali occasionali.

In sostanza, l'informazione fornita non è stata sufficiente a garantire una prevenzione completa perché resta una parte di popolazione che si comporta comunque in modo tale da esporsi al contagio.

In questi casi, all'informazione deve associarsi l'educazione; occorre un intervento continuato ed intenso basato sulla forza della relazione. Anche i mass media possono risultare utili in tal senso, purché si garantisca che l'argomento venga affrontato correttamente per influenzare il singolo. La problematica legata all'infezione da HIV e all'AIDS è ancora aperta e una nuova strada si sta tracciando nella formulazione di un vaccino che sia facilmente accessibile ed efficace. La modificazione della qualità della vita dei pazienti con un allungamento del tempo medio di vita libero da malattia ed una diminuzione della morbilità e della mortalità ci fa sperare; occorre però

non dimenticare che questa singolare infezione resta ancora un'infezione cronica mortale che può essere evitata con opportuni accorgimenti nel comportamento personale.

La prevenzione sanitaria sulla strada

Il primo obiettivo dell'attività di strada effettuata dall'associazione LULE è la realizzazione di un programma educativo di prevenzione e tutela della salute.

La necessità di tale intervento emerge chiaramente dalla constatazione che le prostitute di strada sono, di norma, donne e minori straniere immigrate clandestinamente o vittime della tratta, vivono in condizioni di limitazione della libertà personale, di marginalità sociale e di sfruttamento, hanno una cultura sanitaria carente e usufruiscono solo in caso di emergenza dei servizi del sistema sanitario.

Generalmente possiedono scarse informazioni sui servizi socio - sanitari e sulle modalità di accesso agli stessi, poche effettuano controlli regolari del proprio stato di salute e se lo fanno si rivolgono per lo più a medici privati.

È evidente che la mancanza di autonomia, l'assenza di informazioni sanitarie, le difficoltà linguistiche accentuano la condizione di rischio per quanto riguarda il contagio da malattie infettive e a trasmissione sessuale. Ciò, connesso all'alta richiesta di prestazioni non protette da parte dei clienti, eleva il livello di rischio per la salute individuale e pubblica.

Al primo contatto sulla strada con una ragazza non conosciuta gli operatori e i volontari consegnano una scheda di presentazione dell'associazione che segnala l'impegno alla promozione della salute e indica i servizi e le opportunità disponibili, nonché le modalità di accesso ai medesimi.

In tal modo alla ragazza viene chiarito il ruolo e l'obiettivo dell'intervento nei suoi confronti e viene garantita la disponibilità ad accompagnarla in un percorso di educazione sanitaria e di integrazione sociale. Il riscontro è che l'impegno a interessarsi alla sua salute in maniera competente favorisce il crollo delle barriere dettate dalla diffidenza.

Successivamente le viene proposto materiale informativo sanitario di carattere specifico e le vengono offerti lubrificanti, detergenti e altri prodotti per l'igiene personale.

Il materiale presentato alle ragazze viene elaborato e predisposto da un'équipe di operatori che lo aggiorna costantemente nei contenuti e nella veste grafica. Esso comprende: volantini sull'HIV, sull'epatite B, sull'uso del preservativo, sui metodi contraccettivi, sulle malattie a trasmissione sessuale e sulla corretta alimentazione oltre a opuscoli di approfondimento sull'apparato genitale femminile e sull'HIV.

Tutte le schede informative sono redatte in lingua italiana, inglese, rumena, albanese e spagnola, contengono illustrazioni e sono di colore vivace per attrarre fin da una prima occhiata l'attenzione. La loro impostazione è semplice e immediata, in modo da rendere il messaggio comprensibile anche ad un target a volte poco o per nulla scolarizzato.

Il materiale distribuito viene commentato e spesso letto sulla strada insieme alle ragazze, in modo da favorire la comprensione e l'assimilazione delle informazioni proposte.

Riteniamo fondamentale approfondire quegli argomenti che possono influenzare in modo determinante le condizioni di vita delle ragazze. In particolare ci si propone di educare all'uso "necessario" del preservativo in ogni tipo di rapporto e alle corrette modalità di impiego dello stesso, nonché per rimarcare l'opportunità di adottare metodi contraccettivi adeguati.

Allo scopo di realizzare un intervento più incisivo, soprattutto nei confronti delle ragazze nigeriane, è stato previsto il coinvolgimento di un'infermiera diplomata nigeriana che, nel ruolo di educatrice pari, incontrerà le ragazze sulla strada e si relazionerà con loro proponendo elementi di divulgazione sanitaria e percorsi di tutela della salute.

L'educatrice pari, condividendo la lingua e la cultura d'origine delle ragazze che si prostituiscono, ha la funzione di facilitare il contatto. Può creare un ponte basato su identità culturale, esperienze e vissuti comuni, che permette di conquistare con facilità la loro fiducia.

Parallelamente al lavoro di prevenzione svolto sulla strada, l'Associazione organizza incontri formativi volti ad approfondire i temi sanitari in generale. Tali incontri sono rivolti alle ragazze nigeriane in quanto costoro partecipano più facilmente alle occasioni di aggregazione e si svolgono in prossimità dei loro punti di incontro e passaggio (ad esempio, le stazioni ferroviarie). Essi hanno cadenza mensile e vengono condotti da un medico che tiene lezioni su argomenti

differenti: dai problemi connessi alla cattiva alimentazione, all'anatomia del corpo umano, alle malattie veneree.

Sollecitati da alcune ragazze che meglio hanno recepito i fondamenti della prevenzione sanitaria e non tollerano le continue richieste di rapporti non protetti da parte di tanti loro clienti, si sta verificando l'opportunità di offrire a costoro, in particolare a coloro che le frequentano con maggiore assiduità, una prevenzione indiretta.

A tale scopo è stato elaborato materiale informativo specificamente rivolto al maschio italiano di media cultura sanitaria e lo si è fornito a quelle ragazze che ne avevano fatto richiesta affinché potessero trasmetterlo ai propri clienti. Il primo esito immediato è stata la telefonata di uno di essi che ha chiamato il nostro centro per avere informazioni su come effettuare un test anonimo dell'HIV.

Il riscontro dell'intervento informativo è che molte ragazze chiedono autonomamente approfondimenti sui temi proposti, dimostrando di aver acquisito conoscenze utili alla tutela della salute propria e altrui.

Il costante lavoro di contatto sulla strada determina, nel tempo, il consolidamento dei rapporti instaurati, permette di accrescere la fiducia da parte delle ragazze e consente di avviare la proposta di accesso di servizi sanitari.

Un obiettivo dell'intervento è, infatti, quello di favorire la fruibilità dei servizi socio - sanitari offrendo elementi di conoscenza degli stessi e rendendo maggiormente accessibili le prestazioni erogate. Questa è una tappa fondamentale di un percorso verso l'autonomia della ragazza, raggiungibile solo con l'attivazione di una rete di servizi sul territorio.

Gli operatori del progetto propongono fin dai primi incontri visite mediche ed esami ematochimici e talvolta, a conferma della profondità del legame intessuto e dell'interesse alla tutela di sé, sono le stesse ragazze a richiedere interventi specifici e l'accompagnamento ai servizi sanitari.

Gli operatori e i volontari delle unità di strada accompagnano personalmente le ragazze presso i servizi di cui necessitano, in quanto queste, per la maggior parte, non risiedono nel luogo in cui esercitano l'attività, di conseguenza, non conoscono i servizi disponibili sul territorio. Inoltre, la presenza degli operatori favorisce la comunicazione e l'intermediazione con il personale sanitario e rende l'accompagnamento un'ulteriore opportunità per consolidare la relazione avviata sulla strada.

Per agevolare l'organizzazione degli accompagnamenti ai servizi è stata attivata una linea telefonica cellulare che le ragazze possono chiamare per 12 ore al giorno. Il riscontro è che la disponibilità di un ascolto telefonico permette di garantire un contatto costante e di gestire con razionalità le numerose richieste che attualmente comportano agli operatori oltre 30 accompagnamenti sanitari al mese.

Nel 1999 è stato approntato, in collaborazione con la dirigenza del Servizio d'Igiene Pubblica dell'ASL n.1 di Milano, un programma che prevede l'esecuzione di prelievi ematici sulla strada in ore notturne.

Tale intervento consente di testare la sieropositività a HIV ed epatite e permette ai soggetti più emarginati (le ragazze che si prostituiscono di notte) di ottenere informazioni fondamentali circa il proprio stato di salute.

È stato stabilito di rivolgere la proposta solo alle ragazze presenti in strada nelle ore notturne e di eseguirla saltuariamente, per renderla un'occasione di stimolo alla cura di sé, più che un servizio assistenziale che potesse inibire le spinte all'autodeterminazione.

Ad oggi 45 ragazze hanno chiesto di usufruire di questa opportunità.

I prelievi sono stati effettuati dall'infermiera e dal medico dell'associazione direttamente sulla strada impiegando un camper appositamente attrezzato. L'intervento è stato sempre preceduto e seguito da un counselling approfondito finalizzato a puntualizzare i temi sanitari trattati in precedenza e a ribadire l'opportunità di tutelarsi adottando adeguate misure di profilassi.

Il riscontro complessivo del lavoro svolto è che l'impegno costante alla prevenzione accresce la consapevolezza della necessità di prendersi cura di sé e favorisce l'assunzione di comportamenti che tutelano la salute propria e altrui. Inoltre, offrire occasioni concrete di integrazione sociale permette di porre le premesse di un primo avvio verso l'autonomia e la fruizione dei diritti civili.

Profilo del progetto LULE

Nel settembre '96 un gruppo di volontari legati alla Caritas e animati dalla sensibilità alla

condizione di emarginazione delle prostitute di strada ha avviato un lavoro di formazione e acquisizione di conoscenze per individuare le modalità di intervento opportune a favore di queste donne.

Nell'aprile del '97 tale gruppo ha presentato un progetto strutturato agli amministratori comunali dell'abbiatese e ha dato inizio ad un programma operativo.

Ne è nato il progetto LULE, progetto di intervento sulla prostituzione di strada e sulla tratta a scopo di sfruttamento sessuale che oggi è realizzato da un gruppo di 50 volontari, formati allo scopo e coadiuvati dal contributo di operatori professionali.

Attualmente l'area di intervento è la zona sud-ovest della provincia di Milano, più il territorio di Vigevano.

Il progetto si connota per essere:

integrato perché coinvolge più soggetti, istituzionali e non, attivi nel costruire azioni coordinate e partecipate

articolato perché agisce su più fronti, ponendosi obiettivi diversificati.

2. Ambiti operativi del progetto

2.1. Attività culturale

Attività di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica rivolta a diffondere conoscenze in merito alle caratteristiche del fenomeno prostituzione, consapevolezza degli aspetti problematici e promozione dei diritti e della dignità della donna.

Viene realizzata attraverso l'organizzazione di incontri pubblici e dibattiti, campagne educative nelle scuole superiori e il coinvolgimento degli organi di comunicazione a livello locale e nazionale.

2.2 Attività di strada

Attività realizzata tramite unità mobili di strada i cui operatori incontrano regolarmente le prostitute per svolgere un'azione informativa ed educativa finalizzata al raggiungimento di più obiettivi: prevenire e ridurre il rischio sanitario per una maggior tutela della salute individuale e pubblica; costruire relazioni positive e significative in grado di valorizzare l'identità personale e il senso di autostima;

promuovere percorsi di autonomia, offrendo orientamento, sostegno e l'opportunità di scelte di vita alternative che si concretizzino in un'integrazione sociale o in un rimpatrio protetto.

Concretamente viene realizzata, in strada e in sedi adeguate, un'attività contatto, di ascolto, di consulenza, di educazione sanitaria e accompagnamento a visite mediche, di aggregazione, socializzazione e formazione.

L'attività di strada prevede anche un lavoro di mappatura del territorio e di raccolta di dati, finalizzato ad ottenere un monitoraggio costante del fenomeno nell'area di intervento.

2.3. Attività di accoglienza e accompagnamento verso l'autonomia

Attività di sostegno all'avvio di percorsi di accoglienza che trovano spazio in comunità protette e prevedono la realizzazione di progetti individuali volti al recupero di una autonomia responsabile.

2.4. Attività di raccordo con i paesi di origine

Attività di collaborazione con progetti e ONG operanti nei paesi di origine delle donne finalizzata a realizzare azioni di sensibilizzazione e prevenzione.

2.5. Attività di rete

Attività rivolta a raccordare il progetto con la rete dei servizi e degli interventi per favorire l'integrazione di più risorse e armonizzare l'azione locale con quella regionale, nazionale ed europea.

Prevede il coinvolgimento, delle istituzioni sanitarie, delle forze dell'ordine e delle amministrazioni del territorio, nonché il contatto con analoghi progetti attivi sul territorio nazionale ed europeo per favorire lo scambio di esperienze e potenziare l'impatto dell'intervento.

Una costante azione di formazione e supervisione viene realizzata a scopo di aggiornamento e verifica del lavoro svolto.