

che si occupano di HIV

Periodico per le donne

Parliamo



Gruppo Nazionale Persone Sieropositive Anlaids

D+

EDITORIALE

Il nostro punto di vista

Una nuova rivista che si occupa di Aids? Che bisogno c'è? Non si corre il rischio di proporre doppioni di testate che si occupano di un'infezione ormai sotto controllo? Quante volte in queste settimane ci siamo sentiti rivolgere queste domande da amici, pazienti, attivisti, da quanti abbiamo cercato di coinvolgere nel progetto "Parliamo D+".

Domande legittime cui abbiamo risposto in modo semplice ma chiaro e univoco: non esiste oggi in Italia una rivista interamente dedicata alle donne con Hiv e alle donne che più in generale si occupano della malattia, dei suoi risvolti umani, scientifici,

sociali. Una rivista ideata, scritta e diretta da donne per le donne che affronti le tematiche più diverse legate all'Aids con un solido, anzi solidissimo legame internazionale. "Parliamo D+", infatti, vuole essere l'edizione italiana di ICW News, il prestigioso bollettino dell'International Community of Women Living with Aids che da anni si è posto l'obiettivo di parlare di Aids al femminile. Non a caso, uno dei pezzi d'apertura di questo primo



IN QUESTO NUMERO

4 Rosy Bindi: «Donne, non abbassate la guardia»

6 Le donne del Cotugno

8 Papà ti manda sola...

Intervista ad Angela Finocchiaro

18 Non una di meno

L'aderenza alla terapia



Diventare mamma senza rischi

ALESSANDRA VIGANÒ

MARCO M. MARZI

Il nostro punto di vista numero è la Dichiarazione dell'ICW, un manifesto dei diritti delle donne con Hiv, in ogni latitudine, in ogni stato sociale, in ogni Paese. Perché vivere con l'Aids per una donna è ancora più difficile, talvolta più umiliante, certamente più problematico. Uno degli obiettivi di "Parliamo D+" è proprio quello di denunciare le discriminazioni, lo stigma che talvolta ancora circonda le donne con Hiv. Ma è anche quello di pensare in positivo, per convincere e convincerci che con l'Aids si può convivere, che possiamo, dobbiamo rivendicare la nostra situazione di donne che vivono la loro vita, con la consapevolezza del loro status, ma con la certezza che abbiamo molto da dire, da fare, da costruire.

Una rivista di denuncia e di formazione, di proposta e di lotta, di riflessione e di approfondimento, aperta al contributo di tutti, senza barriere ideologiche, con l'obiettivo di diventare un punto di riferimento per quanti operano nel settore, con tanta voglia di fare, di lottare, di cambiare. Insieme per... "Parlare D+".

Rosaria Iardino

La trasmissione del virus Hiv dalla madre al figlio può avvenire durante tutta la gravidanza, ma soprattutto nelle ultime fasi della gestazione, in occasione del parto, o anche attraverso l'allattamento al seno. Dall'analisi di uno studio Europeo del 1999 su 370 donne, metà delle quali ha partorito per via vaginale e l'altra metà con taglio cesareo elettivo (cioè prima dell'inizio del travaglio e a membrane amniotiche integre), risulta con molta chiarezza il ruolo protettivo di questa modalità di parto: solo 3 neonati infetti nei 170 parti cesarei (1.8%) contro 21 su 200 (10.5%) nei parti per via vaginale. Entrambi i gruppi avevano anche effettuato (nel 60-70% dei casi) una profilassi antiretrovirale con PACTG076. Appare quindi evidente che, almeno nei Paesi con un sistema sanitario progredito, il parto per via vaginale vada evitato e sostituito con un taglio cesareo elettivo, programmato per esempio alla 38ª settimana di gestazione. Da evitare inoltre l'allattamento al seno.

Molto diverso è invece il discorso per i Paesi privi di un valido sistema sanitario e con scarse risorse finanziarie, dove peraltro si concentra la gran parte delle donne infette gravide del mondo. A partire dal 1994, per merito di uno studio del *Pediatric Aids Clinical Trials Group* ed in particolare in seguito ai risultati ottenuti dallo PACTG076, si è avuta la dimostrazione scientifica che è possibile



ridurre di circa il 70% il rischio di trasmissione della infezione del virus Hiv dalla madre al bambino. Infatti, somministrando alla madre (dalla 14ª alla 34ª settimana di gravidanza) 100 mg 5 volte al giorno di Azt, 2 mg/Kg dello stesso farmaco durante il parto, seguiti da una infusione continua di 1 mg/Kg per tutta la durata del parto, dando infine al neonato 2 mg/Kg per bocca 4 volte al giorno per 6 settimane, è stato possibile abbattere dal 25% all'8.3% il rischio di trasmissione materno-fetale del virus.

La stima del rischio di trasmissione dell'infezione attraverso il latte, secondo studi condotti recentemente in Malawi su 672 neonati nati da madre sieropositiva che alla nascita non erano infetti, è del 3.5% se allattati per 5 mesi, del 7% se allattati per 11 mesi, del 10.3% se allattati 2 anni. Altri studi hanno cercato di semplificare le modalità della prevenzione della trasmissione verticale del virus. In Thailandia ("Thay regimen"), sempre su donne che non allattavano al seno, si è avuta una riduzione del 50% nella trasmissione (9.2% nel gruppo trattato contro 18.6% in quello non trattato) somministrando Azt alla madre solo dalla 36ª settimana di gravidanza: 300 mg 2 volte al giorno, più 300 mg/Kg per bocca durante il parto ogni 3 ore; al neonato non è stato dato il farmaco. Il costo di questo trattamento è di 100 dollari.

Un altro studio ("Petra trial") ha dimostrato che la sola somministrazione di Azt+3tc al neonato, per una settimana, non cambia il rischio di infezione neonatale, mentre si è ottenuta un'efficacia del 50% (dal 17.2% all'8.6%) trattando la madre dalla 36ª settimana di gravidanza e durante il parto con Azt+3tc e il neonato nella prima settimana di vita. Il costo in questo caso è di 150 dollari.

Un centinaio di dollari per prevenire la trasmissione possono apparire "ragionevoli" in una ottica di Paesi socio economicamente avanzati, ma sono del tutto fuori scala per le regioni dell'Africa (e anche di parte dell'Asia) dove si concentrano 570.000 dei 600.000 casi di infezione verticale da Hiv stimate nell'anno 1997. L'applicabilità su vasta scala e la probabilità di successo di un intervento di prevenzione della trasmissione verticale dell'Hiv, in Paesi sviluppati come in quelli non sviluppati, dipende oltre che dal costo anche dalla facilità con la

quale tale intervento può essere esteso al maggior numero di persone che ne abbiano bisogno. Tenendo presente queste due considerazioni, acquista un'importanza notevole lo studio clinico controllato randomizzato denominato HIVNET012 portato a termine in Uganda. Lo studio ha confrontato l'efficacia della prevenzione della trasmissione verticale del virus Hiv in due gruppi, ciascuno di circa 300 gravide infette arrivate per partorire all'Ospedale di Kampala: al primo gruppo è stato somministrato Azt al momento del parto (600 mg all'inizio del travaglio e 300 mg ogni 3 ore fino all'espletamento del parto) e al neonato (4 mg/Kg due volte al giorno per 7 giorni). Al secondo gruppo è stata somministrata una singola dose di 200 mg di Nevirapina alla madre durante il travaglio ed una seconda singola dose di Nevirapina al neonato entro le 72 ore di vita (2 mg/Kg) per un costo di soli 4 dollari.

Nonostante la quasi totalità dei bambini venisse allattata al seno, a 14 settimane di vita solo il 13.1% dei neonati del gruppo che aveva ricevuto il trattamento con Nevirapina aveva contratto l'infezione, contro il 25.1% dei neonati del gruppo che aveva ricevuto Azt. L'importanza del risultato è quindi triplice: semplicità (una singola dose alla madre ed una singola dose al

Un centinaio di dollari per prevenire la trasmissione possono apparire "ragionevoli" in una ottica di Paesi socio economicamente avanzati, ma sono del tutto fuori scala per le regioni dell'Africa.

bambino), basso costo (200 volte meno dei trattamenti a lungo termine come lo ACTG076 e 70 volte meno dei trattamenti a breve termine come il Thay regimen) e maggiore efficacia (doppia) rispetto a regimi assai più complessi e costosi. L'importanza di questi dati non deve peraltro far dimenticare che, se si applicasse su larga scala questo tipo di prevenzione della trasmissione verticale, si riuscirebbero a salvare ogni anno dai 200.000 ai 300.000 neonati dall'infezione, ma questi bambini rimarrebbero comunque orfani di madre (e spesso anche di padre). L'approccio al problema deve quindi essere globale, comprendendo un massiccio programma di aiuti per l'infanzia nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto con iniziative tese a ridurre anche la diffusione orizzontale dell'infezione da Hiv. Da ultimo, inoltre, si deve tenere presente che l'estrema semplicità di questo regime di prevenzione può renderlo appetibile, come una sorta di kit di pronto intervento, in tutte le sale parto, per fronteggiare casi di madri Hiv-infette che giungono ad un Ospedale per il parto senza alcun tipo di profilassi precedente, evenienza questa tutt'altro che eccezionale anche nei Paesi economicamente sviluppati. Concludendo va sottolineata l'importanza per le donne infette che vogliono avere un figlio in Italia di prendere coscienza dei seguenti punti:

1. Innanzitutto è necessario che ogni donna che progetta una gravidanza prenda in esame la possibilità di eseguire il test per escludere di essere stata contagiata

dall'Hiv. A maggior ragione ciò vale quando la donna è in stato di gravidanza.

2. Nel nostro Paese, visto il sistema sanitario e il livello socioeconomico medio esistente, la riduzione del rischio di trasmissione dell'infezione dalla madre al figlio passa innanzitutto attraverso l'esplicita richiesta di partorire mediante taglio cesareo elettivo prima della rottura delle membrane e prima dell'inizio del travaglio. Se una struttura rifiuta tale richiesta è opportuno rivolgersi presso un'altra struttura sanitaria.

3. Oltre al taglio cesareo elettivo è raccomandabile una terapia antiretrovirale, tra quelle attualmente disponibili (Azt o Azt+3tc, o Nevirapina).

4. Come per altri farmaci, anche gli antiretrovirali assunti dalla madre, sia per curarsi che per prevenire la trasmissione, possono presentare alcuni rischi per il bambino: per questo motivo è necessaria un'attenta sorveglianza a distanza di questi bambini, possibilmente concentrandoli solo in alcuni centri di riferimento, allo scopo di avere una casistica sufficientemente ampia da potere trarre conclusioni significative.

5. L'allattamento artificiale garantisce infine un'ulteriore sicurezza rispetto all'allattamento al seno, in quanto viene evitata la trasmissione del virus attraverso il latte. Per questo motivo sarebbe necessaria una mobilitazione per rendere mutuabile l'uso dei latti artificiali in questa categoria di donne.

Signor Ministro, quali sono, a suo avviso, le peculiarità dell'infezione da Hiv vissute da una donna?

Sicuramente, oggi, le donne sono più a rischio di altri soggetti e più esposte all'infezione. Se poi consideriamo una tra le categorie più a rischio, quella delle prostitute, ecco che il problema dell'Aids al femminile si fa più impegnativo. Del resto, la situazione della donna, per la sua condizione biologica, è particolarmente delicata: sia per la vulnerabilità al contagio sia per le possibili complicanze ulteriori. C'è dunque uno sbilanciamento rispetto alla condizione maschile. Anche se

«Credo che per le donne sieropositive siano necessari un sostegno psicologico in più e un controllo costante degli strumenti di garanzia che tutelano la privacy e la loro dignità di persone»

Rosy Bindi:

«Donne, non abbassate la guardia»

ROSARIA IARDINO



in Italia c'è meno squilibrio che negli altri Paesi. Per questo resta importantissima la diagnosi precoce. Oltre a un'informazione diretta e capillare sui rischi e la prevenzione, che sia rivolta espressamente a loro. Penso poi che per una donna malata sia maggiore anche il carico psicologico, poiché più forte è il suo senso di responsabilità sia rispetto a partner che tendono spesso ad avere atteggiamenti superficiali o addirittura irresponsabili nei rapporti sessuali, sia rispetto ad amici e familiari, che magari si rivelano impreparati alla malattia o poco solidali. Teniamo anche conto che spesso le persone sieropositive e quelle malate, tra cui le donne, appartengono a gruppi sociali già emarginati. Perciò credo che per le donne sieropositive siano necessari un sostegno psicologico in più e un controllo costante degli strumenti di garanzia che tutelano la privacy e la loro dignità di persone.

Donna e mamma, un binomio di grande rilevanza nel pianeta Aids: quali ritiene siano i bisogni di una famiglia affetta dall'infezione?

Su questo tema vorrei dare segnali di speranza. In questi ultimi anni il rischio di trasmissione del virus da madre a figlio si è notevolmente abbassato. Ormai i casi pediatrici di Aids in Italia si stanno riducendo progressivamente. Anzi, gli ultimi dati disponibili ci dicono che quest'anno non c'è stato alcun caso pediatrico. Questo è sicuramente dovuto all'efficacia della prevenzione e delle nuove terapie. Ma non bisogna abbassare la guardia: abbiamo ancora 700 casi pediatrici in cura. Non c'è dubbio che la qualità della vita delle mamme sieropositive e delle malate di Aids resta difficile, per non parlare del dramma dei bambini orfani. Dediciamo perciò attenzione e investimenti all'assistenza domiciliare come alle case alloggio. Nel nuovo Progetto Obiettivo Aids c'è una specifica attenzione alle mamme e ai bambini con infezione da HIV, che va dalla riduzione della medicalizzazione e all'invasività terapeutica al coinvolgimento degli operatori nella comunicazione al bambino, nella diagnosi e

nel counselling nei confronti della famiglia. Fino alla tutela e alla cura dei bambini sieronegativi figli di donne sieropositive, spesso orfani o abbandonati, che hanno bisogno di garanzie, non solo sanitarie, per una loro piena integrazione nella società. L'ambito familiare, inoltre, se da una parte è uno spazio di protezione, dall'altra può sviluppare una serie di dinamiche reattive, che sono fonte di grave disagio. Pertanto i bisogni di una famiglia con sieropositivi o malati riguardano soprattutto i supporti affettivi necessari per affrontare la malattia o per convivere. Su questo davvero non ci si deve fermare. Occorre un impegno forte di tutti, anche del volontariato, che costituisce un patrimonio di solidarietà insostituibile.

Come è possibile, secondo lei, sviluppare un'adeguata campagna di prevenzione nei confronti dell'Aids nel nostro Paese, soprattutto rivolta ai giovani?

Negli ultimi due anni le campagne informative hanno cercato di stimolare la popolazione generale ad assumere comportamenti responsabili nei confronti dell'Aids e a sviluppare atteggiamenti di amicizia verso le persone sieropositive. L'intento è quello di presentare un'immagine reale della malattia. Vorrei ricordare, per esempio, che da poco abbiamo realizzato un fotoromanzo per le donne sul problema del contagio madre/figlio, che sarà diffuso anche nei consultori e nei reparti di ginecologia. Allo stesso tempo, accanto alle azioni mirate, sulla base dei dati epidemiologici, abbiamo cercato di parlare ai giovani e soprattutto agli adolescenti. Per questo sono stati inventati nuovi veicoli e nuovi linguaggi. Dai messaggi ai gadget, dagli eventi musicali alla miniserie in tv, alle riviste specializzate.

Ma l'attività educativa deve essere continua, aggiornata, attenta. E con i giovani, che vogliono essere sempre protagonisti, bisognerà trovare forme diverse di colloquio e di coinvolgimento anche nell'ideazione dei messaggi. Su questo punto la scuola è un terreno da valorizzare. Magari con la proposta di una visione più completa della salute e della prevenzione.

Nel Terzo mondo la situazione è drammatica, ci sono milioni di bambini infetti: come è possibile, se è possibile, dare un aiuto concreto?

Da alcuni anni il problema costituisce una priorità nell'agenda dell'OMS e dell'U-

NAIDS: per l'aumento dei bambini infetti e degli orfani e per il difficile accesso alle terapie, dati gli alti costi.

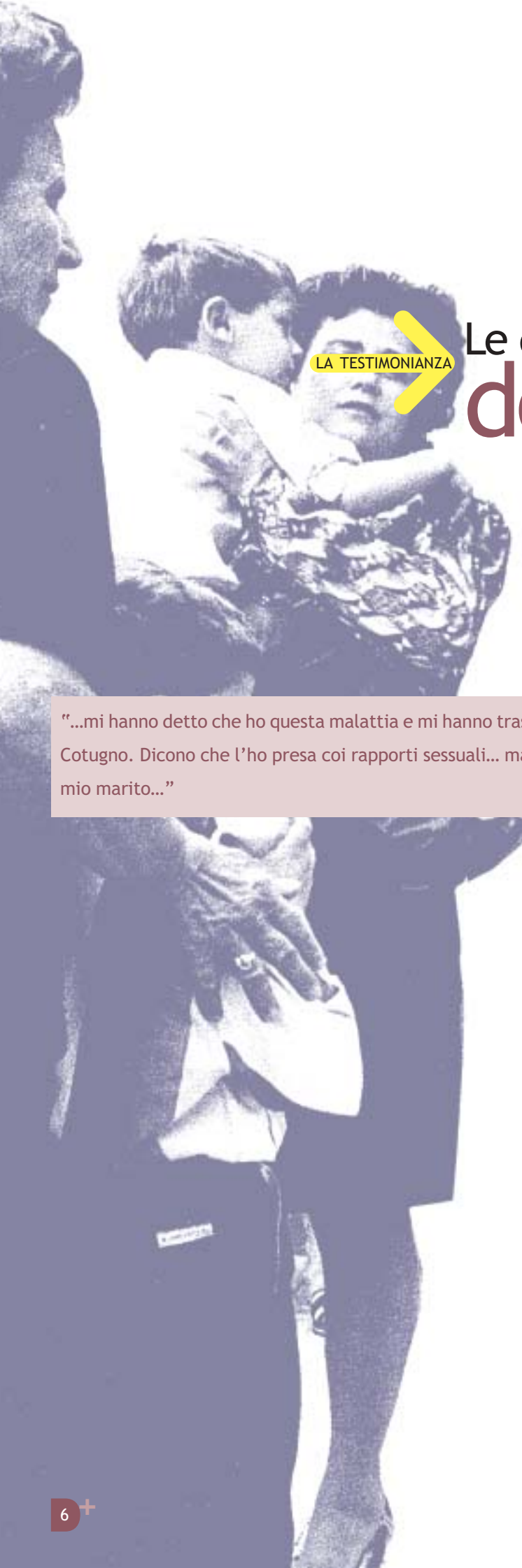
L'Italia è uno dei paesi donatori, impegnato direttamente in programmi di cooperazione. Ma non basta. Anche se la ricerca del vac-

cino ci vede protagonisti, bisognerà impegnarsi ancora di più, a livello internazionale, sui più giovani e sui bambini, con programmi mirati d'intervento educativo, di sostegno economico e con accordi di cooperazione sanitaria. Come dice l'ultima campagna dell'OMS sono loro il "nostro spiraglio di speranza" per cambiare il corso futuro dell'epidemia nel Terzo mondo.

Ritiene utile una rivista "al femminile" che si occupi di Aids?

Direi senz'altro di sì. Ogni strumento di informazione diretto a pubblici specifici, con idee e linguaggi mirati, non può che essere un bene. In più, proprio perché si tratta di una rivista "al femminile" credo che possa diventare un veicolo di responsabilizzazione anche trasversale e perciò utile a tutti.





LA TESTIMONIANZA

Le donne del Cotugno

VALERIA CALVINO

“...mi hanno detto che ho questa malattia e mi hanno trasferito d’urgenza qui al Cotugno. Dicono che l’ho presa coi rapporti sessuali... ma io sono stata solo con mio marito...”

Il Cotugno è l’ospedale per le malattie infettive di Napoli ed è anche il più grande polo di riferimento per il settore del Mezzogiorno.

Le donne che si incontrano nelle sue corsie condividono i problemi di quelle di Milano, di Roma e di Palermo ma, in qualche maniera, per diverse ragioni sociali e culturali ci è sembrato che esse possano costituire quasi un esempio, una sorta di estremizzazione delle problematiche vissute da altre.

Perché qui in Campania, dove i casi di Aids sono stati pochi da sempre, c’è una incidenza di donne infettate per via sessuale più alta che nel resto d’Italia. Perché qui, più che in altre zone, si tocca con mano l’ignoranza, la non informazione, di cui queste persone sono vittime. Perché, qui più che altrove, la prevenzione ha fatto un buco nell’acqua, non raggiungendo chi davvero aveva bisogno e necessità di sapere.

Più che generalizzare preferia-



mo parlare di casi pratici, che sono emblematici di una condizione, del momento che si ripetono sempre simili, con piccolissime varianti, quasi seguissero un copione standard. I nomi ovviamente sono inventati, non così le storie.

MARIA, 30 ANNI, proveniente da un paese dell'hinterland napoletano, racconta sgomenta di essere stata trasferita due giorni fa al Policlinico Cardarelli (il più grande ospedale del capoluogo campano). "Sono sempre stata bene in salute. Improvvisamente, un mese fa, ho cominciato ad avere febbre alta. Il medico mi ha consigliato il ricovero. In ospedale mi hanno tenuta più di dieci giorni facendomi tutte le analisi possibili finché, alla fine, mi hanno detto che ho questa malattia e mi hanno trasferito d'urgenza qui al Cotugno. Dicono che l'ho presa coi rapporti sessuali... ma io sono stata solo con mio marito...". A casa Maria ha due bambini di 7 e 10

anni, momentaneamente affidati alla sorella. Il marito, come da copione, non è nemmeno in grado di farsi da mangiare da solo: "Lui lavora... come fa a badare ai figli? In questi giorni sta dalla madre...". Maria sembra non aver ancora inquadrato bene il suo problema: "Il medico ha detto che anche i bambini devono fare le analisi. Ma perché, c'è pericolo?"

CARLA non è ricoverata, ma assiste notte e giorno il marito. La sua vicenda è speculare a quella di Maria, solo che stavolta è stato lui a sentirsi male improvvisamente. Stessa corsa in ospedale, accertamenti, test Hiv e trasferimento al Cotugno. Le condizioni dell'uomo sembrano piuttosto gravi: Carla ha 27 anni, la sua casa dista più di 100 km da Napoli. Anche lei ha due figli piccoli: "Adesso mio marito mi ha confessato che prima di conoscermi ha fatto uso di droga". E non si era mai fatto il test? "No...".

Pur avendo appreso da meno di un mese la condizione del marito e da pochissimi giorni la propria (è risultata anche lei Hiv positiva), Carla sembra più cosciente di Maria: "Ora ho paura per i bambini... inoltre, mia cognata che li tiene, ha cominciato a fare delle difficoltà. Dice che non li può far stare insieme ai suoi figli". E tu, sei sempre qui in ospedale? "E se no chi ci sta? Ci alterniamo con mia suocera, in modo che ogni tanto posso tornare a casa".

ASSUNTINA, 25 anni, è ormai la "decana" del reparto femminile: ha iniziato i ricoveri 5 anni fa ed è costretta a tornare ogni 5-6 mesi. Anche lei è stata infettata dal marito, anche lei ha un figlio piccolo a casa che deve lasciare alla madre. Riconosce di essere fortunata ad avere una famiglia che le sta vicina in tutti i modi, ma, ovviamente, questo non basta a cancellarle le preoccupazioni tipiche di ogni mamma: "Da un lato sono gelosa, ho paura che mio figlio si dimentichi di me. Dall'altro, quando ci sono, ho paura di viziarlo troppo..."

GIOVANNA E CARMELA, 24 e 26 anni, invece, hanno saputo abbastanza presto che i loro compagni (oggi entrambi deceduti) erano Hiv positivi. Nonostante questo hanno deciso di non cambiare nulla nei loro rapporti: "Ho detto a mio marito che tra noi tutto doveva essere come prima, anche i rapporti sessuali", dice Giovanna con aria decisa, temendo che qualcuno la possa contraddire. Entrambe hanno assistito i mariti giorno e notte fino all'ultimo. Entrambe sono oggi Hiv positive.

Infine, non è possibile dimenticare quelle donne che si incon-

trano nei corridoi dell'ospedale e che sieropositive non sono: grazie ad un incredibile colpo di fortuna se si tratta di mogli, oppure perché sono madri o sorelle di ricoverati. Non si può dimenticare l'abnegazione con la quale assistono i propri cari, giorno e notte, facendo i salti mortali per conciliare il lavoro e la cura dei figli a casa. Eppure sono lì, pronte ad esaudire ogni desiderio del proprio familiare, andando e tornando a casa con recipienti di cibo cucinato appositamente, scendendo e salendo dallo spaccio sotto l'ospedale con sigarette, acqua minerale e quant'altro; rincorrendo i medici nei corridoi per chiedere informazioni e spiegazioni; lavando e pulendo l'ammalato e l'ambiente intorno e, talvolta, estendendo le proprie cure anche a qualche vicino di letto meno fortunato e solo.


QUESTE SONO LE DONNE DEL COTUGNO: ne abbiamo parlato anche per rendere un piccolo omaggio alla loro forza, alle loro inesauribili risorse, in un luogo dove vige un profondo matriarcato, dove gli uomini vengono accuditi in tutto e per tutto, eterni bambini, ai quali non si ascrive nessuna colpa, non si chiede nulla.

Ma abbiamo parlato di loro soprattutto, nella speranza che si possa fare qualcosa di più sul fronte della prevenzione. Prevenzione che però, qui come altrove, esige un lavoro più profondo del sia pur necessario passaggio di nozioni sulla trasmissione del virus. Prevenzione che risulterà sempre incompleta e poco efficace se non parte dall'educare al prendersi cura di sé, all'attenzione verso la propria persona, al volersi bene.

Papà ti manda sola...

DI CARLO BUFFOLI

L'errore nostro, della mia generazione - dice Angela Finocchiaro, attrice milanese - è di aver voluto fare da amici ai nostri figli. Invece i ragazzi hanno bisogno di un punto di riferimento sicuro"



Il grande pubblico ha imparato a conoscerla nell'88 con la "Tv delle ragazze", la prima trasmissione di comicità tutta al femminile che la vedeva dividere la ribalta con altre giovani in cerca di notorietà, come Cinzia Leone, Maria Amelia Monti, Francesca Reggiani. Angela Finocchiaro, 44 anni, milanese, è oggi una delle attrici italiane più apprezzate, capace di alternare ruoli divertenti e leggeri (la serie *Tv Dio vede e provvede*, *Volere volare* con Nichetti, *Il burbero* con Celentano) a caratterizzazioni più impegnate (*Il portaborse* di Daniele Luchetti, *Il muro di gomma* di Marco Risi). Tornata recentemente in Tv con "Le madri", di Angelo Longoni, Angela Finocchiaro, donna sensibile e impegnata, accetta di rispondere ad alcune domande sull'Aids.

Secondo lei, come si potrebbe fare una campagna di prevenzione rivolta ai giovani?

Come fanno negli altri paesi: vendendo profilattici ovunque e a prezzo bassissimo. A scuola e in famiglia dovrebbe essere fatto ai ragazzi una specie di "lavaggio del cervello" a tappeto. I genitori dovrebbero cominciare a parlare di sessualità con i figli senza remore, anche in nome di questo problema. Pudore o vergogna, se si è genitori con una educazione all'antica, devono essere messi da parte.

Parlare chiaramente e il più presto possibile, quindi...

Sicuramente sì. Credo che prima di tutto sarebbero da educare i genitori e gli insegnanti e poi parlarne a scuola. Fare insomma in modo che l'Aids diventi un argomento di discussione quotidiana, e che si affronti naturalmente. Il preservativo ci salva e quindi è una idiozia non dirlo. Vorrei vedere vendere i profilattici in tutti i locali pubblici. So che all'estero ci sono molti più

punti di distribuzione e che i profilattici si reperiscono facilmente e a costi sostenibili.

Alcuni, però, dicono che diffondere l'uso del preservativo è come incentivare i rapporti sessuali precoci tra i giovani...

Non credo che le due cose siano legate. I ragazzi oggi non hanno alcuna difficoltà a procurarsi qualsiasi cosa. Anzi, semmai un giovane è più incuriosito da ciò che è vietato. Come la droga.

Per rimanere su un argomento di attualità: cosa pensa di questa diffusione dell'ecstasy, delle droghe sintetiche?

Non riesco a capire cosa stia succedendo. In effetti non sono molto vicina a questi problemi. Io sono di una generazione precedente, quella che purtroppo ha visto amici rovinati dall'eroina. L'ecstasy è qualcosa che sfugge completamente e sinceramente non so cosa faccia davvero. Tuttavia credo che il problema sia

sempre lo stesso: cosa spinge a "farsi" con una droga, e per di più così forte... Non conosco veramente i giovani. Negli anni settanta c'erano ideali molto forti. E molti disagi vi confluivano. Le lotte studentesche, le lotte giovanili per me hanno avuto un senso di unione e di comunicazione. Credo che molte persone si siano anche salvate grazie a queste. Personalmente ho conosciuto il mondo del teatro, della politica, il sessantotto... Con questo non voglio dire che i giovani di adesso non hanno ideali. Certamente i ragazzi di oggi sono i figli della mia generazione. Il che mi porta a pensare che i 40-50enni non hanno lasciato molte tracce nei figli. La generazione dei nostri genitori era decisamente più autoritaria di quanto non siamo stati noi con i nostri figli. E può darsi che il nostro errore sia di esserlo stato troppo poco.

Quindi ci vuole più autorità?

Ho paura delle generalizzazioni. Certo il dialogo non lo abbandonerei mai. C'è stato un periodo in cui uno diceva: "più che tuo papà vorrei essere tuo amico". Invece bisogna avere un papà, non un amico. Sono due cose molto diverse. I ragazzi devono sentirsi protetti. I miei figli sono ancora piccoli, e chissà quante ne combineranno. Spero solo che coltivarono molti interessi, perché credo che il pericolo maggiore per un ragazzo sia la noia. Il fatto di non avere qualcosa in cui credere, o qualcosa da conquistare. La cosa bella e pericolosa della giovinezza è il sentirsi onnipotenti, perché il mondo ti si apre davanti. Invece è importante capire che vivere costa anche fatica.

«No ai tagli alla ricerca»

«Attenti a cantare vittoria: l'Aids non è ancora stato sconfitto e non è questo il momento di abbassare la guardia». A lanciare l'appello sono i prof. Mauro Moroni, Ferdinando Dianzani, Dante Basetti e il dott. Stefano Vella. Gli annunciati tagli alla ricerca che, secondo quanto affermato da Moroni, ammonterebbero al 20%, preoccupano non poco gli scienziati. «La ricerca deve proseguire con un'intensità se possibile ancora maggiore di prima - ha detto Dianzani - Un arresto adesso equivarrebbe ad una regressione pericolosa». «Anche perché - ha aggiunto Vella - proprio i risultati ottenuti attraverso la ricerca sull'Aids hanno consentito di fare enormi passi avanti nella gestione di tutte le persone con immunocompressione, come i trapiantati o gli ammalati di tumore, non solo da Hiv». Il timore degli scienziati è di non avere più a disposizione risorse sufficienti per continuare il loro lavoro di ricerca. «In nessun'altra patologia - ha sottolineato Vella - si sono raggiunti risultati nella terapia così confortanti in pochi anni come nel campo dell'Aids. Basti per questo una cifra soltanto: nel 1996 sono morte di Aids in Italia 4.600 persone, nel '99 "solo" 200, ma è rimasto stabile il numero delle infezioni. E soprattutto - ha aggiunto - si assiste ad un aumento esponenziale delle infezioni nei Paesi in via di sviluppo. In Sud Africa fino a cinque anni fa il virus era praticamente inesistente. Oggi 3 persone su 10 sono infette». Abbassare la guardia significherebbe quindi - hanno concluso - dissipare un patrimonio di lavoro costruito in anni di sforzi comuni.

news

Pillola del giorno dopo: attenti alle facili illusioni

A chi teme di essere stato esposto al virus dell'Aids durante un rapporto sessuale non sicuro, un numero crescente di medici americani propone una terapia d'urto per le ore successive all'incontro. Si tratta di una specie di profilassi del giorno dopo, la cui efficacia è però ancora da provare. I farmaci sono gli stessi usati per chi ha già i sintomi della malattia: un forte cocktail di composti antiretrovirali e di sostanze in grado di bloccare gli enzimi che il virus sfrutta per potersi riprodurre nell'ambiente cellulare. È ancora presto per dire se e come il trattamento funzioni. L'unico dato epidemiologico per ora disponibile è che non si è riscontrata trasmissione di virus fra i 436 pazienti trattati dal General Hospital con la Pep, la profilassi a posteriori. Ken Mayer, direttore del Centro per la salute Fenway di Boston mette però in guardia su come si promuove la terapia. La promessa di una cura potrebbe infatti favorire la diffusione dell'infezione, lasciando credere che una pillola possa sostituire il buon senso, la cautela, l'igiene e l'uso di preservativi e aghi puliti.



Un centralino sulle terapie

È attivo da novembre e fornisce tutti i consigli e le informazioni necessarie sulla adesione alle terapie. Si tratta di un numero telefonico C.E.M.A.T. (Centri per migliorare l'adesione alle terapie), collegato ad un centralino gestito da medici e volontari, che consente di facilitare il più possibile, e in forma anonima e discreta, il contatto con la persona sieropositiva. Il numero sarà attivo dal giorno 16-11-1999 dalle ore 18 alle ore 20 allo 02-33608683/87.

Il virus cresce nelle cellule resistenti ai farmaci

Il virus dell'Hiv si replica anche nelle cellule del sistema immunitario che sono resistenti ai farmaci antivirali. La scoperta, fatta da un gruppo di ricercatori dell'Università del Minnesota che hanno dimostrato come nell'uomo e nelle scimmie il virus riesce a crescere anche nelle cellule T non attivate, allontana purtroppo sia la messa a punto di un vaccino sia la possibilità di eradicare l'Aids. "Se l'Hiv riesce ad infettare le cellule del sistema immunitario - scrive Ashely Haase, coordinatore dello studio - il virus prende il comando del sistema riproduttivo della cellula copiandosi in enormi quantità e uccidendo le stesse cellule T". Secondo Haase l'Hiv prima si annida nei globuli bianchi e poi, attraverso questi riesce ad attivare le difese immunitarie propagandosi.

Aids, aumentano i casi nelle donne

Continuano complessivamente a diminuire i casi di Aids, anche se meno velocemente rispetto agli anni passati, a causa - secondo gli esperti - di un minor utilizzo delle terapie antiretrovirali. Le ultime proiezioni diffuse dal Centro Operativo Aids dell'Istituto Superiore di Sanità, parlano di un -12% rispetto allo scorso anno. Il dato negativo è invece rappresentato dal costante aumento dell'incidenza fra le donne: erano il 16% del totale nel 1985, sono ora il 24,6%. Nel primo semestre del 1999 sono stati notificati al Coa 631 casi di Aids. Dal 1982, anno della prima diagnosi in Italia, al 30 giugno 1999 il numero complessivo dei casi noti è salito a 44.516. Le regioni più colpite sono sempre la Lombardia, il Lazio, la Liguria e l'Emilia Romagna. Aumenta, infine, l'età dei malati: mentre nel 1985 l'età media era di 29 anni per gli uomini e di 24 per le donne, oggi siamo rispettivamente a 38 e 35 anni.

Il profilattico, questo sconosciuto

In Italia è statico il mercato dei profilattici e il calo della tensione sul rischio Aids non ha certo aiutato le vendite. Se nel 1998 erano stati venduti circa 109.500.000 pezzi, i dati finora disponibili parlano di un aumento di poche centinaia di migliaia. I motivi del rifiuto sono soprattutto psicologici. Prevalgono infatti il senso di vergogna, la paura di essere giudicati dal partner o il fatalismo circa la trasmissione del virus. Entra poi in gioco anche il costo, che l'Anlaids giudica troppo alto e da ostacolo per favorirne la diffusione.

Subito le terapie combinate

L'uso tempestivo di forti dosi di terapie farmacologiche combinate può, in alcuni casi, rallentare il progredire dell'infezione. Secondo un nuovo studio condotto a Boston, la somministrazione dei potenti trattamenti anti-virali a chi aveva appena contratto il virus HIV ha indotto nei volontari una risposta immunitaria simile a quella registrata nei cosiddetti "sopravvissuti di lungo termine". I 21 pazienti ai quali è stata somministrata la potente terapia non avevano ancora iniziato a produrre gli anticorpi al virus Hiv. Il test è quindi stato attuato prima della cosiddetta "sieroconversione", prima cioè che diventassero sieropositivi. "Appena iniziato il trattamento - spiegano i ricercatori - tutti i pazienti, tranne due, hanno iniziato a produrre le cosiddette cellule T helper, specificamente mirate contro il virus Hiv, ossia una risposta immunitaria analoga a quella presente nelle persone che, nonostante siano state contagiate, non sviluppano o sviluppano molto lentamente l'Aids".



Israele, ultraortodossi contro il condom

Il ministro della sanità israeliano Shlomo Ben Izri, esponente del partito religioso ebraico ultraortodosso Shas, ha ordinato di togliere le immagini del profilattico da una campagna di prevenzione contro l'Aids. La decisione del ministro è stata duramente stigmatizzata da molti alti dirigenti del ministero della Sanità, che l'hanno definita "scandalosa". "Per Ben Izri - hanno dichiarato alla stampa locale - la sensibilità del pubblico ultraortodosso è, a quanto pare, più importante della salute dei giovani in Israele". Gli ultraortodossi si oppongono energicamente a ogni richiamo sessuale nelle campagne pubblicitarie, anche nel caso che queste siano rivolte a tutelare la salute pubblica.

Il dramma degli orfani

Nel terzo mondo sono le donne e i bambini i più esposti al contagio. Per la prima volta nell'Africa subsahariana il numero delle donne infette ha infatti superato quello degli uomini: 12,2 milioni contro 10,1. La mancanza dei farmaci ha inoltre fatto aumentare in modo esponenziale le trasmissioni verticali. Negli ultimi cinque anni il contagio madre figlio si è quintuplicato e gli esperti ritengono che di questo passo la mortalità infantile risulterà triplicata nei prossimi quattro anni. Attualmente nel mondo sono 570.000 i bambini sieropositivi: il 90% infettato dalle mamme alla nascita o tramite l'allattamento al seno, il restante 10% è rappresentato da ragazze stuprate da pedofili malati e senza scrupoli. A questa situazione drammatica va infine aggiunta quella degli orfani non malati. L'Oms calcola che in Sudafrica siano un milione, ma il loro numero è destinato ad aumentare considerando che le morti per Aids in Sudafrica sono attualmente 250 mila l'anno.

La situazione nei Paesi in via di sviluppo è ancora più catastrofica di quello che si potesse prevedere. Tanto che l'aspettativa di vita è calata al livello degli anni Cinquanta. Zambia, Zaire, Uganda e Tanzania, che erano arrivati ad avere circa 58 anni di aspettativa di vita, negli ultimi anni

sono tornati a quota 36. Non solo. Questi Paesi devono far fronte ad un gravissimo problema economico: secondo le previsioni della World Bank, nel 2010 si ritroveranno nella stessa situazione di inizio '900, sia come Pil che come reddito pro-capite. L'epidemia di Aids sta falciando tutta la parte pro-

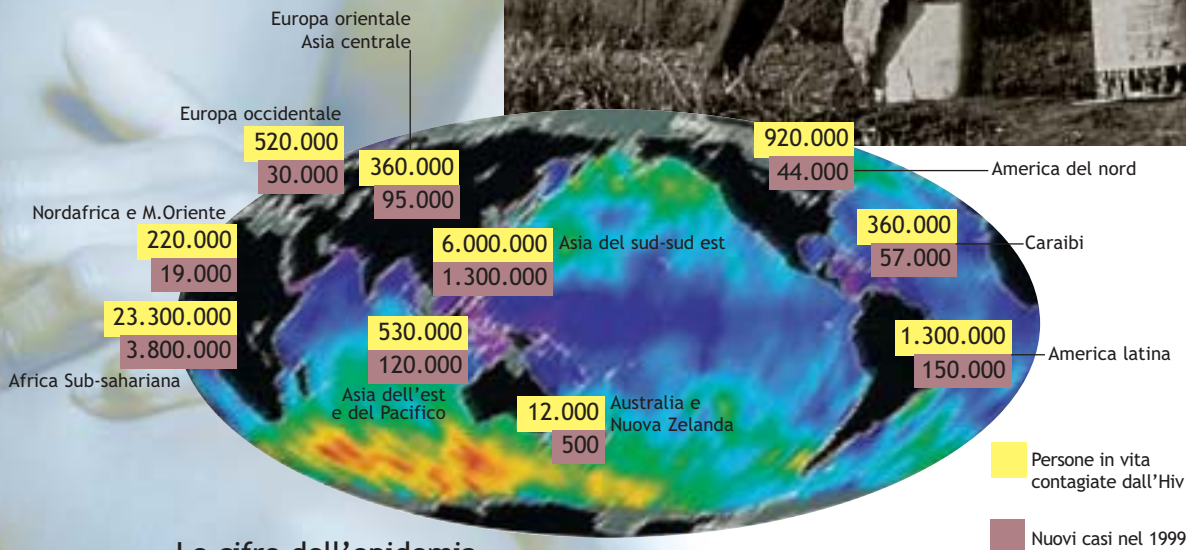
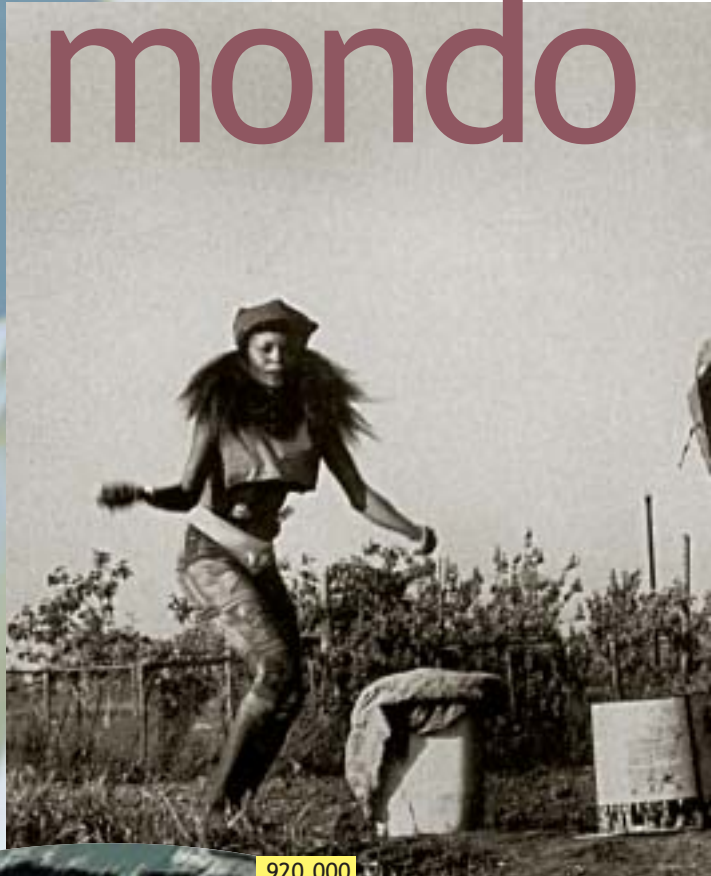
duttiva della popolazione, anche quella che ha studiato all'estero. Nelle campagne non c'è quasi più la manodopera. In alcune città la prevalenza di sieropositività è del 50%. Vi sono più di 5 milioni di orfani: bambini che non hanno contratto l'infezione ma sono costretti a vivere per strada in

In Zambia, Zaire, Uganda l'aspettativa di vita è scesa da 58 a 36 anni: l'epidemia di Aids sta falciando tutta la parte produttiva della popolazione. Con effetti devastanti

SOCIETÀ

La catastrofe del terzo mondo

RENATO SPAVENTA



condizioni di estremo disagio e di elevato rischio. In Sud Africa fino a cinque anni fa il virus era praticamente inesistente. Oggi 3 persone su 10 sono infette. In India si calcola che entro 5 anni l'infezione potrebbe addirittura riguardare la totalità della popolazione. L'International Aids Society si sta attivando per fronteggiare ormai esclusivamente questa situazione. "Il problema - dice il presidente Stefano Vella - è che il libero accesso alle cure non è purtroppo esclusivo dell'Hiv, ma vale per ogni altra malattia. Molti Paesi non hanno inoltre

Undici milioni di orfani

Alla fine dell'anno, saranno 11,2 milioni i bambini rimasti orfani a causa dell'Aids in tutto il mondo, ma concentrati per il 95% nell'Africa Sub-Sahariana. L'allarme è stato lanciato dall'Unicef, il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, e dall'Unaid, il programma dell'Onu per l'Aids. In un rapporto congiunto Unicef e Unaid hanno inoltre affermato che, entro la fine del 2000, gli "orfani dell'Aids" saranno più di 13 milioni, sempre concentrati in maggioranza nell'Africa Sub-Sahariana, dove si registra il 70% dei 33,6 milioni di sieropositivi di tutto il mondo.



nemmeno la possibilità di garantire il cibo alla propria popolazione: per questi diventa praticamente impossibile fronteggiare il virus. L'International Aids Society sta cercando, per quanto possibile, di impedire almeno la trasmissione materno fetale attraverso quei trial che hanno dimostrato la

capacità dell'Azt di ridurre il contagio anche se somministrato per un breve lasso di tempo. Stiamo quindi cercando di portarlo in questi Paesi. E proprio per indicare dove bisogna andare, nel 2000 la conferenza mondiale dell'Aids per la prima volta si farà in Sudafrica".

Storia di Gugu

Gugu Dlamini muore a 36 anni, il 22 dicembre 1998, a causa delle percosse ricevute da parte dei vicini di casa. Giovane madre, aveva rivelato la sua condizione di sieropositività il primo dicembre di quell'anno, in occasione della Giornata Mondiale sull'AIDS. Il giorno prima, Gugu era stata assalita da un uomo, che le aveva ordinato di tacere, come facevano le altre persone infette da HIV. Quella stessa notte, distrussero la sua casa. Gugu fu lapidata e colpita con bastoni fino alla morte.

Gugu Dlamini, che faceva opera di volontariato per la National Association of People Living with HIV/AIDS, aveva solo abusato della facoltà di esprimere la sua condizione pubblicamente, attraverso la radio e la televisione.

In Africa, l'HIV è un potente marchio sociale. Le persone hanno paura della reazione della comunità in cui vivono. Si vergognano della loro condizione, al punto che alcune pensano al suicidio. Ma la discriminazione è frutto d'ignoranza, non di malvagità. I Paesi ricchi si possono permettere di educare i propri figli, i Paesi poveri no. Eppure, l'ignoranza degli altri è la nostra ignoranza. Per questo la morte di Gugu ci riguarda da vicino.



Vincere

la discriminazione

Le giovani donne rappresentano la fascia della popolazione con il rischio maggiore di ammalarsi di Aids. Consapevoli di questo dato allarmante, il 1° dicembre, giornata mondiale dell'Aids, le donne dell'International Community of Women Living with Aids (ICW) hanno deciso di divulgare una dichiarazione in difesa di questa categoria della popolazione, che, soprattutto in alcuni Paesi, è la meno tutelata socialmente. Dai dati raccolti, viene dimostrato che negli ultimi anni l'incremento maggiore di persone sieropositive si registra proprio tra le ragazze. A questo dato, inoltre, corrisponde una reazione sociale a dir poco sconcertante: a differenza delle compagne più mature, la sieropositività relega ancor più ai margini della società le giovani, considerate un vero e proprio pericolo per la salute pubblica.

“Per una giovane donna con Hiv/Aids, non è mai facile vivere. La società ti guarda sempre con sospetto. Sei considerata una vera minaccia di pericolo e morte per l'intera società”. Questa la dichiarazione di Beatrice Were, una giovane sieropositiva ugandese, che ben rappresenta lo spirito di timore e sospetto nei confronti delle ragazze con Hiv.

In particolare, il non essere sposate, il non avere figli, sembra causa di una differente considerazione sociale. Le giovani sono considerate irresponsabili, non mature, e quindi meno importanti delle mogli con figli. Questo aspetto conferisce ancor meno potere personale alle sieropositive, che spesso vengono abbandonate da tutti nel momento della diagnosi. Quelle che già hanno una relazione vengono lasciate dal ragazzo. Ma spesso la solidarietà manca anche da parte della famiglia: “Anche mia madre ha voluto indagare se fossi una portatrice di Hiv. Quando ha osservato rigonfiamenti ghiandolari nella parte

L'ICW ha deciso di divulgare una dichiarazione in difesa delle donne che, soprattutto in alcuni Paesi, appaiono meno tutelate socialmente. Fino a diventare un vero e proprio pericolo per la salute pubblica.



superiore del mio corpo si è insospettita. Mi ha avvertito: Se sai di essere portatrice di Aids, ti prego di farcelo sapere così non dovremo spendere soldi per la tua educazione”, racconta Daisi, una ragazza nigeriana che ha scoperto di essere sieropositiva nel 1992. Un episodio che descrive lo stato di completo abbandono e mancanza di prospettiva che le giovani si trovano ad affrontare. Spesso infatti la malattia viene diagnosticata quando ancora le ragazze vanno a

scuola, e sentono minacciate tutte le loro speranze: il sogno di una carriera e di una vita indipendente, quello di un amore, o, eventualmente, di avere una famiglia. L'ICW è consapevole delle difficoltà ma esorta le giovani a non arrendersi. E soprattutto a non rinunciare ad una vita indipendente e dignitosa. Una minaccia può certo arrivare dall'indifferenza e abbandono a cui molte donne africane si sentono destinate nel momento in cui incontrano la malattia, ma anche una reazione di eccessiva attenzione da parte della famiglia non aiuta. Parlare del proprio stato con i familiari o amici può essere utile, ma nel momento in cui questi decidono di aiutarvi, possono accompagnare le buone intenzioni da eccesso di protettività. Una reazione comprensibile, degna di riconoscenza ma che può limitare la crescita della persona, che deve comunque diventare adulta e indipendente. la stessa situazione può realizzarsi nei gruppi di supporto per donne sieropositive, dove le più mature tendono a comportarsi da chioce verso le più giovani.

L'ICW contro l'ignoranza

Il progresso nella lotta contro l'Aids ha ancora tanta strada da fare. Ma gli strumenti ci sono e soprattutto le idee. Nel 1992, il primo incontro mondiale ICW ha permesso di fare chiarezza sui problemi da affrontare e sulle strategie per risolverli. Frutto di quell'incontro è un documento di programma nato da una discussione accesa sulle strategie da adottare per sconfiggere la malattia e, soprattutto, l'ignoranza che ancora la circonda: "Questi dodici punti sono stati concordati al primo meeting ICW tenutosi a Amsterdam nel 1992. In quella occasione, per la prima volta le donne Hiv positive di tutto il mondo si incontrarono per esprimere i loro bisogni. Sono passati sette anni da allora, ma il contenuto di questo documento ha mantenuto tutta la sua validità.

1. Dobbiamo incoraggiare e supportare lo sviluppo di gruppi di auto sostegno e reti di comunicazione.
2. Dobbiamo esortare i media a rappresentarci in modo realistico, senza stigmatizzazioni.
3. Dobbiamo batterci per ottenere cure (convenzionali e complementari) accessibili e alla portata di tutti, e promuovere la ricerca sulle modalità di contagio delle donne.
4. Dobbiamo reperire finanziamenti per diminuire il nostro isolamento e venire incontro ai nostri bisogni. Tutti i fondi diretti a noi devono essere controllati per essere sicuri che arrivino a destinazione.
5. Dobbiamo ottenere il diritto di essere rispettate e aidate nelle scelte sulla riproduzione. Questo include il diritto di avere figli o di non averli.
6. Dobbiamo ottenere il riconoscimento del nostro ruolo di genitori e del diritto dei nostri figli di essere amati.
7. Dobbiamo ottenere la garanzia di una corretta educazione e formazione degli operatori sanitari e della comunità riguardo ai rischi che corrono le donne e ai loro bisogni. Oggi accurate informazioni riguardo a ciò che si deve sapere sulla vita delle donne con Hiv-Aids potrebbero essere facilmente reperibili.
8. Dobbiamo ottenere il riconoscimento dei diritti umani fondamentali per tutte le donne con Hiv-Aids, in particolare per quelle in prigione, tossicodipendenti o prostitute. Questi diritti fondamentali dovrebbero essere inclusi nel diritto di abitare, lavorare, e viaggiare senza restrizioni.
9. Dobbiamo promuovere la ricerca sulla infettività femminile, inclusa la trasmissione tra donne, il riconoscimento e il supporto per le lesbiche con Hiv-Aids.
10. Dobbiamo ottenere potere decisionale e di consultazione a tutti i livelli di politica e programmi che ci riguardano.
11. Dobbiamo ottenere supporti economici per le donne con Hiv-Aids nei Paesi in via di sviluppo per renderle autosufficienti e indipendenti.
12. Dobbiamo ottenere una definizione di Aids che includa i sintomi e manifestazioni specifiche per la donna.

Luci e ombre in Lombardia

L'accesso alle terapie in Lombardia è ormai garantito a tutti". Rosaria Iardino, rappresentante nazionale delle persone sieropositive dell'Anlaids non ha dubbi: non esistono più problemi di pazienti Hiv che non riescono a trovare i farmaci o che sono curati in maniera inadeguata.

Quindi i sieropositivi lombardi non hanno da lamentarsi dell'assistenza che ricevono nei centri della loro regione?

I centri della Lombardia sicuramente funzionano bene. I medici sono formati e sempre aggiornati sulle ultime novità terapeutiche o sull'accesso alle sperimentazioni. Manca però completamente tutto l'altro aspetto che deve aiutare chi entra in un protocollo terapeutico così difficile: manca il supporto alla persona con Hiv, il sostegno nell'assunzione della terapia.

Non solo la terapia, quindi... Esattamente. Aldilà della mera somministrazione dei farmaci, una persona sieropositiva ha infatti bisogno di una adeguata terapia di sostegno. Perché, infatti, una persona dovrebbe prendere ogni giorno tante medicine, con tutte le difficoltà ormai ben note, se poi non sente di potersi reinserire in una vita completa sotto tutti gli aspetti? Non è più possibile dire che se i centri danno le terapie allora tutto va bene. Il servizio è vera-

mente buono se, insieme all'ultimo farmaco, alla persona con Hiv viene fornito anche un progetto specifico per il suo reinserimento nella vita reale.

Come è la situazione in Lombardia sotto questo aspetto?

La nostra regione è assolutamente carente e questo discorso vale in generale per tutte le province, tanto per le grandi città quanto per i piccoli centri. Naturalmente ci rendiamo conto che in altre regioni italiane ci si scontra con problemi ed insufficienze anche più gravi, ma è giunto il momento di cominciare a pensare in modo nuovo all'assistenza alla persona sieropositiva.

L'Anlaids ha qualche rimedio da suggerire?

Più di un suggerimento: la nostra associazione ha messo in piedi dei "Centri per migliorare l'aderenza alle terapie". Si tratta di un progetto pilota, il Cemat, che si propone come aiuto per le persone sieropositive nella gestione dei problemi legati ai rigidi regimi tera-

tri farmaci, ecc. Grazie al sostegno di un pool di aziende farmaceutiche impegnate nella lotta contro l'Aids, Cemat punta su due aspetti fondamentali, informazione e assistenza, e si propone come modello per altri interventi futuri.

In questo ambito l'Anlaids Lombardia organizza ogni anno un convegno dal titolo "Ombre e luci delle terapie anti Hiv"...

Anche in questo caso ci siamo proposti di fornire informazioni alle persone sieropositive, agli operatori delle associazioni di volontariato e a tutti gli interessati. Infatti, oltre che per i loro indiscussi meriti scientifici, i relatori sono stati scelti per la loro capacità di comunicare con un linguaggio non tecnico, accessibile a tutti. E gli argomenti trattati hanno dato risposta proprio agli interrogativi

I centri della Lombardia funzionano bene. I medici sono formati e sempre aggiornati sulle ultime novità terapeutiche o sull'accesso alle sperimentazioni. Un sieropositivo però ha bisogno anche di una adeguata terapia di sostegno.

più frequentemente posti dalle persone con Hiv: dalle ultime novità terapeutiche ai tempi di un possibile vaccino. Ma abbiamo sentito l'esigenza di trattare anche argomenti che coinvolgono la persona sieropositiva nel suo cammino verso la ricostruzione di un'esistenza normale, come ad esempio la possibilità di fare figli.

Un'esperienza destinata a ripetersi anche nei prossimi anni?

Questa è la nostra intenzione. Abbiamo deciso di creare questi appuntamenti annuali sul territorio della città di Milano che, nel panorama dell'epidemia Aids, purtroppo detiene ancora il primato, rispondendo a una precisa esigenza delle persone con Hiv che per riuscire ad avere certe informazioni dovrebbero partecipare ai congressi scientifici o seguire la letteratura specializzata, spesso difficilmente accessibile. Il successo del primo incontro ci ha convinti a ripetere l'esperienza e speriamo di ottenere anche quest'anno una risposta positiva dalla platea.

Parliamo di Hiv on-line

Un piccolo spazio dedicato alla Rete delle reti, alle donne e all'Hiv. Un'area per scoprire ricerche e saggi, ma anche siti e comunità virtuali. Post Scriptum: se navigando trovate indirizzi interessanti, segnalatemeli via e-mail all'indirizzo mcred@freemail.it

Biologicamente le donne sono più vulnerabili all'Hiv. Perché?

È stato dimostrato che la trasmissione del virus da uomo a donna è 24 volte maggiore della trasmissione da donna a uomo. I motivi sono di natura biologica. La superficie della mucosa esposta al virus è più estesa e lo sperma maschile è più infettivo delle secrezioni vaginali. Le ragazze giovani sono più a rischio. La cervice immatura e la bassa produzione di mucosa vaginale sono le cause della loro maggiore vulnerabilità.

<http://www.qcfurball.com/cat/aids/woman/html>

Trasmissione dell'Hiv da madre a figlio

Una madre Hiv positiva può trasmettere il virus al proprio figlio nell'utero, durante il parto o attraverso l'allattamento. Evitare l'allattamento riduce il rischio di trasmissione del 20-25%. Se a questo si accompagna l'assunzione di Azt nelle ultime quattro settimane di gravidanza e durante il travaglio, si può ridurre ulteriormente la percentuale di trasmissione sotto il 10%. Se, invece, si somministra una terapia più complessa, conosciuta come ACTG076, il rischio si abbassa al 5%. Con il parto cesareo e l'ACTG076, la probabilità di infettare il nascituro si limita all'1%.

<http://www.unaids.org>

FAQ, frequently asked questions

Qui si possono trovare le risposte a molte domande. Quali sono i sintomi e gli effetti dell'Hiv nelle donne? Qual è il rischio di infezione dei rapporti fra donne omosessuali? Il rapporto orale è rischioso?

<http://www.4woman.org/faq/Hiv-aids.htm>

Africa: teenager e uomini maturi

Un recente studio sulla rapida diffusione dell'Hiv in Africa dimostra che le teenager vengono infettate non dai loro coetanei ma da partner più grandi. Le ragazze africane, tra le quali il 15-19% risulta Hiv positivo, iniziano ad avere rapporti sessuali prima dei 14 anni e tendono a sposarsi in tenera età. La maggior parte dei mariti, prima del matrimonio, cambia spesso compagna, frequenta prostitute e usa raramente i preservativi.


<http://www.unaids/press/lusaka14sep99.htm>

Monografia su Hiv e Aids al femminile

Un saggio di Donatella Zoia e Maria Luisa Albera, datato 1994, che ancora oggi può fornire spunti di riflessione...

<http://www.exodus.it/poiesis/Hiv/mat/monograf/94form5.htm>

a cura di Francesca Del Rosso

A collection of white and red pills on a white background. The white pills are mostly oval-shaped, while the red pills are small and round. There are also a few pink and yellow capsules scattered among the white pills.

È ormai riconosciuto da numerosi studi che l'aderenza al trattamento è il fattore fondamentale per il successo terapeutico. La metà dei pazienti che presenta una replicazione del virus durante la terapia non segue infatti scrupolosamente le prescrizioni



Non una
di meno



Tabella 1

	% PAZIENTI (N 665)	% MEDICI (N 100)
Schema complicato	14	1
Rapporto alimenti/farmaci	22	5
Numero dosi giornaliere	9-16	50-61
Numero pillole al giorno	7	9
N° di dosi e n° di pillole per dose	0	2
Dimensione delle pillole	7	1
Effetti collaterali	13	28
Nessuna in particolare	9	0
Privacy, sapore, costi, difficoltà ad inghiottire	19	4

da Gallant e Block 1998

MASSIMO GALLI

La terapia antiretrovirale combinata ha completamente sovvertito la storia clinica dell'infezione da HIV-1, consentendo di conseguire successi impensabili soltanto pochi anni orsono. I farmaci a tutt'oggi disponibili, in base ad evidenze sempre più convincenti, non sono tuttavia in grado di eradicare l'infezione. L'aderenza al trattamento assume quindi un ruolo cruciale quale fattore condizionante il successo terapeutico. Che una insufficiente aderenza sia associata a fallimento terapeutico è ormai evidente in base a numerosi dati di letteratura: Mayers ha recentemente riportato che il 50% dei pazienti che mostra una ripresa della replicazione di HIV-1 in corso di terapia antiretrovirale

combinata non risulta portatore di ceppi virali con

mutazioni conferenti resistenza agli inibitori della proteasi, mentre in oltre il 20% dei casi non è possibile riscontrare mutazioni associate a resistenza nei confronti di alcun farmaco antiretrovirale. Il fallimento terapeutico sarebbe quindi da attribuire alla mancata o insufficiente assunzione della terapia prescritta.

L'assunzione cronica di una terapia antiretrovirale non è impresa facile anche e soltan-

to in termini di numero di pillole da assumere: uno schema di uso frequente, quale quello comprendente 3TC, d4T e nel-finavir, comporta l'assunzione di 13 pillole al giorno, pari a 4.745 pillole/anno, con un numero di assunzioni anno compreso tra 1.095 e 1.825, ed altri schemi un numero di pillole solo di poco inferiore.

L'aderenza alla terapia antiretrovirale impone pertanto di affrontare problemi senza precedenti nella storia della medicina. È infatti il primo esempio di terapia antiinfetti-

va cronica che non prevede, in linea teorica, un termine per la sospensione del trattamento. Oltre a ciò, la complessità dello stesso condiziona pesantemente l'organizzazione del quotidiano e

Tabella 2

	PRINCIPALI VANTAGGI	PRINCIPALI SVANTAGGI
Dichiarazioni del paziente (<i>questionario</i>) Costo delle pillole	costa poco verifica in uscita	sovrastima aderenza sovrastima aderenza
Dosaggio concentrazione in liquidi organici	positività è probante	costi, variabilità individuale e per farmaco
Sistemi elettronici di monitoraggio	da informazione anche sui tempi di assunzione	costi, privacy

quantità, qualità e scelta temporale dell'assunzione di liquidi e alimenti. Il tutto accompagnato da effetti collaterali indesiderati, frequenti e spesso imprevedibili. Persino il trattamento della malattia tubercolare, nonostante necessiti di un mantenimento protratto nel tempo, presenta una complessità inferiore a quella del trattamento antiretrovirale, contrariamente alla quale prevede, in ogni caso, un limite temporale.

A cimentarsi con l'adesione alla terapia antiretrovirale non meraviglia quindi che possano essere largamente impreparati gli stessi medici. L'esperienza pregressa sui trattamenti cronici, che deriva dall'osservazione longitudinale di casistiche di pazienti trattati a lungo con terapie orali, quali quelle per la correzione del diabete o dell'ipertensione arteriosa, non giustifica certo un eccessivo ottimismo sulla probabilità di rispondenza alle prescrizioni. La percentuale media di aderenza riscontrata è assai variabile, ma raramente supera il 60%. È inoltre evidente come i prescrittori tendano a sovrastimare l'aderenza e siano scarsamente in grado di prevedere la rispondenza alle prescrizioni del paziente che hanno di fronte. Nel gioco di ruolo, il prescrittore tende a sovrastimare innanzitutto se stesso, e quindi la bontà delle proprie prescrizioni e il grado

di ottemperanza alle stesse. L'evoluzione della terminologia medica che ha portato all'adozione del termine aderenza riflette l'evoluzione del pensiero medico in questo campo, ma anche i profondi radicati preconcetti sull'argomento.

Il concetto di aderenza sottende una partecipazione attiva del paziente, e presuppone che l'adesione consegua alla comprensione dei motivi, all'accettazione dell'opportunità del trattamento, nel contesto di un rapporto con il medico meno diseguale di quello suggerito dal termine compliance di cui l'aderenza si propone come sostituto.

Compliance, che significa obbedienza, ottemperanza, e certo non suggerisce una partecipazione del paziente alla decisione, entra in terminologia medica nel 1963 per definire il grado di accettazione/esecuzione dei trattamenti antibiotici protratti, e resta in auge fino al 1991, quando, per misurare il grado di rispondenza alle terapie pro-

lungate, viene appunto proposto il termine aderenza.

In precedenza, i termini in uso comune per definire i pazienti che non ottemperano alle prescrizioni andavano da ignorante, dissipato o vizioso, riportati in scritti di inizio secolo, a recalcitrante, usato nel '49 per coloro che non ottemperavano a trattamenti antitubercolari. Riconoscere il paziente non aderente, o meglio, rendersi conto dei problemi che comporterà una mancata aderenza non è un compito facile. E non è un compito delegabile, se non in parte, a figure professionali di supporto: le scelte terapeutiche sono un aspetto fondamentale del rapporto medico-paziente, che un eccesso di interferenze esterne può mettere in seria discussione. Tra gli studi che meritano citazione a proposito dell'identificazione di ciò che è considerato più o meno importante dai medici e dai pazienti come possibile fattore di mancata aderenza, c'è quello di Gallant e Bloch, che evidenzia

una profonda differenza di opinione tra prescrittori e assertori (Tab.1).

Per i pazienti contano di più, nell'ordine, i problemi di assunzione in rapporto ai cibi, o alla privacy, il sapore dei farmaci, la complessità del trattamento in termini di organizzazione temporale e gli effetti collaterali, piuttosto che il numero delle pillole e delle assunzioni. Dai medici questo ultimo aspetto è ritenuto di gran lunga il più importante, insieme agli effetti collaterali, mentre tutto il resto preoccupa assai meno. Questa divaricazione delle preoccupazioni fa presumere un'attenzione limitata o una difficoltà a riconoscere i problemi reali del paziente. Ad esempio, se si tien conto che uno stato depressivo in atto è giudicato tra i fattori più importanti di mancata adesione in almeno due studi (Peterson e al. e Eldred e al.), risulta evidente come il suo mancato riconoscimento possa mettere in discussione l'intero programma terapeutico. Un'indicazione



% ADERENZA		P	% ADERENZA		P
Età		≤ 0001	Fattori comportamentali		0003
≥ 50 anni	70		Alcolisti e tossicodipendenti	45	
35-49	59		No droghe o alcol	39	
Sesso		008	Numero pillole/die		NS
Maschi	60		1-10		
Femmine	49		11-20		
			≥ 20		
Etnia		0001	Opinione su efficacia e rischi resistenza		≤ 0001
Bianchi	63		Fortemente favorevole		
Afroamericani	53		Favorevole		
Ispanici	47		Contrario		
			Fortemente Contrario		

Tabella 3

più dettagliata in merito ai fattori influenzanti l'aderenza viene dallo studio di Wenger e al., attuato negli Usa intervistando oltre 1900 pazienti (Tab.2).

Emerge da questa ricerca che l'aderenza cresce con l'età, è migliore nei maschi, non è legata al numero di pillole da assumere, è fortemente condizionata da fattori culturali e sociali e dal grado di adesione "ideologica" al trattamento, intesa come convinzione sull'utilità dello stesso e sul giovamento che il paziente ne può trarre. L'abuso di alcol e di droghe risulta associato a minore aderenza. L'alcol, ma non l'uso di droghe risultava correlato a mancata aderenza anche nello studio di Paterson e al. La nostra diretta esperienza tuttavia (D'Arminio e al., 1998) indica che i tossicodipendenti attivi presentano un maggior rischio di mancata aderenza rispetto ai pazienti che non fanno uso di droghe. Un problema di difficile soluzione è la misurazione stessa dell'aderenza (Tab.3). I metodi più frequentemente usati si basano sulla testimonianza del paziente o sulla conta delle pillole, presupponendo che la differenza tra le pillole in

uscita e le pillole rimaste rappresenti il numero delle pillole effettivamente assunte. Più complessa è l'esecuzione del dosaggio di ogni singolo farmaco nei liquidi organici del paziente a tempi prefissati. Altri sistemi "intelligenti", ma abbastanza costosi, si basano su microchip applicati ai contenitori, che ad ogni apertura del flacone registrano l'ora e il numero delle presunte assunzioni.

Dall'esperienza e dai primi dati che vengono da studi effettuati impiegando i sistemi elettronici di rilevazione, si

può desumere che il medico tende a sopravvalutare l'aderenza del paziente, che il paziente tende a definirsi più aderente di quanto in realtà sia e che aderenze inferiori al 70% sono associate a probabilità di successo virologico inferiori al 10%. In questo scenario è indispensabile che si formi una cultura specifica sul problema, pena lo sperpero di fondamentali opportunità e importanti risorse. In attesa dei risultati di progetti sperimentali volti a migliorare l'aderenza alle terapie antiretrovirali, da cui sono attese in-

dicazioni tecniche per la formulazione di strategie d'intervento, credo utile che si mantenga viva l'attenzione, sia dei medici, sia dei pazienti. Da parte dei medici saper ascoltare e sfuggire alla tentazione di farsi dire quel che si desidera sentirsi dire, è probabilmente un primo passo significativo. Escogitare nuove strategie, costruite sul paziente, adattandole alla situazione clinica, sociale e culturale del paese in cui si opera, rappresenta sicuramente il secondo passo di un percorso indispensabile al successo terapeutico.

Il nonno di tutti i virus

Il virus Ebola e quelli del morbillo, dell'Aids e dell'influenza potrebbero avere un antenato comune, almeno secondo quanto sostengono i virologi dell'Università di Chicago in una ricerca apparsa sulle pagine del periodico scientifico "Molecular Cell" e basata sull'analisi della cosiddetta proteina di fusione dei paramyxovirus, una famiglia di microrganismi responsabili di malattie quali vaiolo, morbillo e polmoniti. Procedendo nei loro studi, i ricercatori si sono accorti che la proteina di fusione che stavano analizzando, paragonabile ad un uncino usato dal virus per agganciare le cellule da infettare, era molto simile a quella del virus Ebola e dell'Hiv. È possibile quindi che gli inibitori della proteina di fusione, una classe di farmaci da poco impiegata nella lotta all'Aids che sembra in grado di bloccare l'infezione da Hiv, possano essere usati con successo anche in altre malattie virali.

Questa volta ha vinto

La ricerca



quattro anni". Dopo l'annuncio del ministro della Sanità Rosy Bindi, e sconfitti gli intoppi burocratici, parte dunque la sperimentazione del vaccino anti-Aids. Tutto italiano, e frutto delle ricerche all'Istituto Superiore di Sanità, il vaccino preventivo è oggi, secondo gli esperti, l'approccio vicente per bloccare la trasmissione dell'infezione. E la strada italiana di Barbara Ensoli sembra una delle più promettenti.

"A testare il vaccino - spiega Ensoli - saranno chiamate sia persone sieropositive sia chi

fetti tossici e durerà un anno su circa 20/40 persone. La seconda, sempre di un anno, vedrà la partecipazione di circa cento persone per studiare la risposta immunitaria ed i metodi di somministrazione; la terza fase, che richiederà qualche anno, verrà effettuata su alcune migliaia di persone per studiare l'efficacia del vaccino.

Il principio si basa sul prodotto virale TAT, una proteina prodotta dal virus Hiv subito dopo l'entrata nelle cellule, essenziale alla replicazione. "È questa proteina - racconta la ricercatrice italiana - che funge da "motore" del virus. Per colpirlo al cuore, quindi, è necessario fermare la replicazione della TAT".

Questa teoria si è dimostrata vera e la sperimentazione del vaccino con la TAT sulle scimmie è stato molto incoraggiante, confermando l'esistenza di una risposta cellulare diretta contro la proteina TAT. Dopo l'infezione, infatti, cinque su sette delle scimmie vaccinate hanno pienamente controllato l'infezione e non hanno sviluppato la malattia. Una nota curiosa: sulla stessa proteina si basa il vaccino che sta studiando proprio Robert Gallo. A differenza del gruppo di ricerca italiano, però, Gallo utilizza la proteina TAT inattivata.

La sperimentazione, oltre che negli ospedali Spallanzani di Roma, San Matteo di Pavia e Maggiore di Milano, avverrà anche in Uganda, una zona dell'Africa ad alta densità di pazienti con Aids.

Questa volta ha vinto la ricerca, e finalmente potremo vedere i frutti di anni di studio". Barbara Ensoli, la ricercatrice italiana impegnata nella messa a punto del vaccino anti-Aids, 12 anni di lavoro a fianco del prof. Robert Gallo, non nasconde la sua felicità: finalmente può partire la sperimentazione sull'uomo. "Nonostante qualche difficoltà burocratica - aggiunge - non sono certo pentita di essere tornata in Italia, ma la speranza, ora, è che tutto vada a buon fine, anche se non dobbiamo creare eccessive aspettative. La certezza l'avremo solo fra tre-



non è mai entrato in contatto con il virus. Un vaccino si somministra, infatti, per non contrarre la malattia. In sostanza questa scelta di effettuare la sperimentazione anche su persone sane deriva dalla speranza che il vaccino possa non solo rallentare o bloccare la progressione dell'infezione ma anche prevenirla".

Le fasi di sperimentazione saranno tre: la prima dovrà garantire l'assenza assoluta di ef-

**Nel prossimo numero
intervista
a Barbara Ensoli**

Bologna, allarme ignoranza

Malgrado le campagne di informazione di questi anni abbiano cercato di raggiungere tutti gli strati sociali della popolazione, c'è ancora tanta, troppa ignoranza sulla trasmissione dell'Aids. Prova ne è un recente sondaggio fatto dall'Ausl di Bologna su una fascia cosiddetta invisibile, che non rientra cioè in nessuna delle categorie predefinite: quella dei ragazzi che hanno lasciato la scuola, in maggioranza disoccupati con la sola licenza media inferiore, che nei fine settimana popolano le discoteche della riviera. I risultati sono allarmanti. Un giovane su due dei 458 intervistati pensa che sia pericoloso usare gli stessi servizi igienici di un sieropositivo, ma non lo stesso spazzolino. Uno su tre crede che il bacio profondo sia veicolo di infezione e che la pillola contraccettiva protegga dal rischio di contagio. Il 37,2% non usa mai il preservativo, anche durante rapporti occasionali, perché crede di "offendere" il partner, di accusarlo implicitamente di essere una "persona non sicura". Ad aggravare il quadro di disinformazione, dall'indagine risulta che anche il gruppo di controllo, rappresentato da 561 giovani studenti tra i 14 e i 25 anni è poco informato: la maggioranza ritiene infatti che l'universo Aids non li tocchi da vicino, essendo qualcosa che riguarda solo "gay e prostitute". Ma mentre gli studenti possono essere informati e protetti più facilmente, i giovani extra scuola devono essere scovati e informati con linguaggi e canali non istituzionali. Per questo la campagna di prevenzione '99-2001 dell'Ausl ha portato all'inaugurazione di tre laboratori di ricerca dedicati ai giovani non scolarizzati, alle donne e agli omosessuali.

Prevenzione, due progetti a Ferrara

Prevenzione è la parola d'ordine adottata anche dal comune di Ferrara che da alcuni anni sta lavorando ad un interessante

progetto promosso in collaborazione con il Sert, la Divisione di Malattie infettive dell'ospedale S. Anna e dal Consultorio Giovani. Si tratta di iniziative di formazione per insegnanti, di ricerca e di valutazione

dell'esito degli interventi con gli studenti, di distribuzione di materiale informativo. L'attività, che ha dal '95 ad oggi ha coinvolto 61 docenti di scuole superiori e 8 di centri di formazione professionale, ha permesso di costruire un'unità didattica per la prevenzione da Hiv, di imminente pubblicazione, che verrà distribuita agli operatori scolastici.

Un secondo progetto, che partirà a breve, riguarda la prevenzione attraverso l'informazione sui rapporti sessuali a rischio e sul limitato uso del profilattico tra i giovani. Utilizzando gli operatori del Sert e quelli dell'Unità di strada verrà programmata una campagna di avvicinamento dei giovani che frequentano le discoteche e dei tossicodipendenti che non frequentano i servizi pubblici. "L'obiettivo - spiega l'assessore alla Sanità Paola Castagnotto - è la promozione dei comportamenti sessuali protetti e l'educazione all'autotutela, al rispetto del proprio corpo, al riconoscimento del valore delle relazioni umane e sentimentali".

Lombardia

Il 18 febbraio del 2000 alle ore 17 si terrà a Milano presso l'Hotel Michelangelo la seconda edizione del Convegno "Ombre e luci sulle nuove terapie anti Hiv" promosso dall'Anlaids Lombardia. Si tratta di un incontro rivolto alle persone sieropositive e agli operatori. L'ingresso è libero e gratuito.

sono lieta di aderire a questo progetto per le donne che si occupano di HIV: "Parliamo D+" è il primo giornale che affronta questo dramma da una prospettiva prettamente femminile. Diversi motivi mi spingono a credere nella validità e nel successo di questa iniziativa culturale volta a combattere ignoranza e pregiudizi. Ritengo che sia fondamentale conoscere l'Aids per non averne paura e, sono sicura, il vostro giornale saprà offrire una diretta e semplice informazione, non solo relativamente agli aspetti tecnici, ma soprattutto per la presenza di storie vere raccontate da altre donne.

Mi auguro che "Parliamo D+" possa diventare uno strumento di crescita e di supporto per tutti coloro i quali, pur non essendo direttamente coinvolti, rischiano di emarginare ingiustamente chi soffre, contribuendo ad impoverire ulteriormente la qualità di vita di chi già si trova tristemente colpito.

Il vostro giornale ci offre una speranza per il futuro, derivante dalla consapevolezza dei risultati che la ricerca medica ha raggiunto.

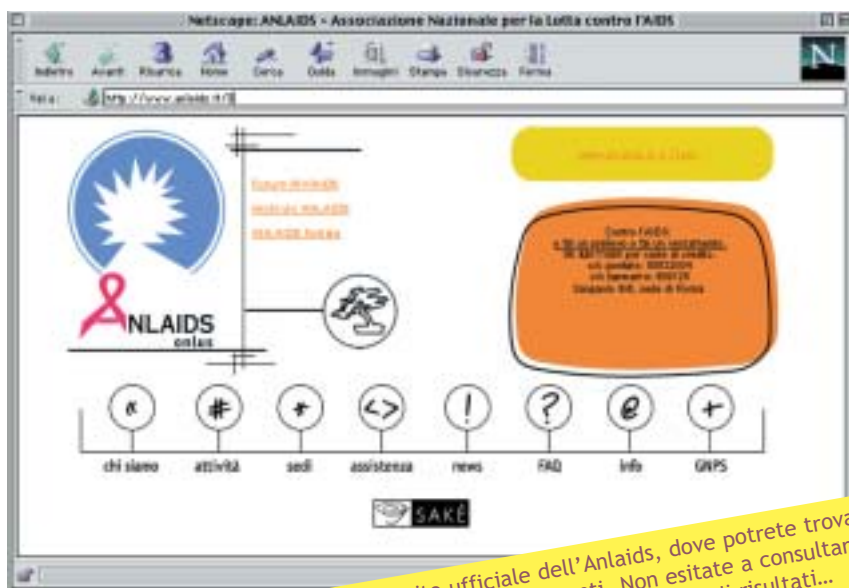
Quello però su cui desidero soffermarmi riguarda la possibilità di ascoltare la "voce" di chi meglio di chiunque altro conosce la malattia perché giornalmente la deve combattere: dobbiamo impegnarci ad ascoltare queste testimonianze, perché la sofferenza, spesso, ci induce a negare l'esistenza dei problemi.

A questo proposito, in qualità di Presidente della Provincia di Milano, sono lieta di presentare il progetto ARCHÈ, realizzato in collaborazione con il Comune di Limbiate: detto progetto prevede la gestione di Case-alloggio nelle quali sono presenti tutte le strutture necessarie ad assicurare l'assistenza sanitaria sia alla madre sia al bambino. Queste Case-alloggio dispongono infatti sia di ambienti per l'assistenza (camere di degenza, infermeria, lavanderia e bagno clinico), sia di ambienti per la vita comunitaria (spazi gioco, ambienti per parenti e volontari, cucina).

Concludendo non mi resta che rivolgermi i miei più sinceri auguri, affinché la vostra iniziativa aiuti non solo le donne colpite dall'Hiv, ma permetta a tutti i cittadini di capire, poiché è proprio questo il primo passo da compiere per vincere la malattia.

on. Ombretta Colli

www.anlaid.it



Direttore responsabile:
Rosaria Iardino
Vice Direttore:
Anna Ebro
Direttore editoriale:
Sabrina Smerrieri

Coordinamento:
Mauro Boldrini, Gino Tomasini
Redazione:
Carlo Buffoli, Renato Spaventa,
Valeria Calvino, Francesca
Del Rosso, Laura Dragosci,
Margherita Errico, Daniela
Guidotti, Donatella Maineri,
Susanna Scabbellato,
Laura Simoni

EDITORE
INTERMEDIA srl, via Malta 12/c
25124 Brescia
Tel. 030.226105
fax 030.2420472
via della Giuliana 101
00195 Roma
Tel. 06.39733656
Fax 06.39762127
mediabs@tin.it

COMITATO SCIENTIFICO
Fernando Aiuti
Giacchino Angarano
Claudia Ballotta
Antonella D'Arminio Monforte
Barbara Ensoli
Carlo Giaquinto
Giuseppe Ippolito
Mauro Moroni
Giorgio Pardi
Stefano Vella
Paola Verani
Alessandra Viganò
Massimo Galli

COMITATO ETICO-SOCIALE
Rosy Bindi
Ombretta Colli
Fiore Crespi
Francesca Danese
Gabriella Gavazzeni
Maria Adelaide Ghenzer
Domiziana Giordano
Carmela Maietta

Realizzazione editoriale:
Grafo spa, Brescia
**Progetto grafico e
impaginazione:**
Luisa Goglio
Stampa:
Officine Grafiche Staged,
S. Zeno Naviglio, Bs

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di Glaxo Wellcome Italia