

Periodico per le donne

Parliamo



Gruppo Nazionale Persone Sieropositive Anlaids



EDITORIALE

Verso Durban

dovrebbe essere un congresso focalizzato sul problema dell'AIDS in Africa.

Dovrebbe essere un congresso il cui obiettivo sia quello di creare una reale strategia per fermare l'infezione da HIV nel mondo africano. Il congresso che si svolgerà a Durban dal 9 al 14 luglio dovrebbe essere tutto questo. Il messaggio di Bill Clinton che richiamava l'attenzione di tutti sul problema Africa ha ricevuto una risposta abbastanza bizzarra dal Presidente del South Africa, il quale ha dichiarato che l'AIDS in Africa non esiste, aggiungendo

poi a tutto questo l'affermazione di uno stregone locale che invitava le persone con HIV ad avere rapporti sessuali con giovani vergini: così facendo assicurava la guarigione dalla malattia.

Il Congresso mondiale sull'AIDS si svolgerà in un contesto poco confortevole, per nulla sicuro per la propria incolumità fisica. Io personalmente andrò a questo congresso e fra mille polemiche farò di tutto per far capire ai mass media come la policy adottata dagli organizzatori sia del tutto sbagliata.

La soluzione del problema dell'AIDS in Africa non si può racchiudere in una settimana di congresso, il problema dell'Africa non è solo l'accesso alle terapie antiretrovirali. La diminuzione dell'80% dei prezzi da parte delle aziende farmaceutiche di sicuro non risolverà i problemi esistenti. Insieme alle terapie bisogna avere l'acqua per ingerirle, insieme alle terapie bisogna avere un corretto re-



IN QUESTO NUMERO



- 2 Mamme comunque
 - 6 Lucca e il suo... Quarto
 - 8 sessualità e Islam
 - 13 Passerelle e solidarietà
 - 18 Obiettivo vaccino
- Intervista
a Barbara Ensoli

gime alimentare, insieme alle terapie bisogna vivere in un contesto igienico sanitario idoneo.

Le critiche che molti medici hanno posto a noi attivisti sieropositivi è sola e pura demagogia. Essi pensano che noi vogliamo boicottare questo congresso non per l'interesse dei sieropositivi africani, ma solo per nostro interesse. Quali interessi potremmo avere? Ci fa sorridere quando si chiede ai Governi di abolire il debito pubblico al terzo mondo. La maggior parte di questo debito riguarda l'acquisto di materiale bellico da parte dei suddetti paesi.

Ci fa sorridere chi dice che bisogna andare in Africa con questo congresso perché così almeno se ne parla. Io credo che il Congresso mondiale oggi non abbia più motivi di esistere, in quanto con tutti i congressi che nei 24 mesi si organizzano nel mondo, di sicuro a Durban non ci saranno né novità scientifiche né sociali. Quello che vogliamo è che i soldi, tanti, che si spendono per organizzare questo congresso, siano utilizzati dalla Comunità Scientifica Sociale per avviare progetti di assistenza, formazione e prevenzione, mirati sul territorio africano e che il corrispettivo in denaro del debito pubblico, che i governi decideranno di annullare nei confronti del terzo mondo, sia utilizzato per il diritto alla salute degli africani del quale tutti parlano, ma pochi, pochissimi, nell'ombra e nell'indifferenza di tutti, realizzano.

Rosaria Iardino



PREVENZIONE

Mamme COM

AUGUSTO E. SEMPRINI, A. VUCETICH, V. SAVASI, C. LANZANI, M. DI GRANDE E S. FIORE
Università degli Studi di Milano e University College of London

basi epidemiologiche del desiderio riproduttivo delle coppie con HIV

L'infezione con HIV si trasmette prevalentemente con lo scambio di aghi infetti per tossicodipendenza iniettiva o per via sessuale, due modalità di contagio che hanno massima prevalenza nella seconda e terza decade di vita. Il contagio dà luogo ad un lungo periodo di malattia asintomatica di circa dieci anni, prima di condurre ad una severa immunodeficienza che permette gravi infezioni opportunistiche. Questo periodo di malattia senza sintomi può essere prolungato fino a 30 anni con le nuove combinazioni antiretrovirali. Concomitanza dell'infezione con gli anni di piena fertilità, assenza di sintomi per due o tre decenni e lo spontaneo, umano, desiderio di prole sono i fattori decisivi sulle scelte ri-



sembrava la giusta punizione per il loro comportamento deviante (...).

Strategie riproduttive nelle coppie con infezione da HIV

Nelle coppie con infezione da HIV che desiderano avere un figlio vi sono diverse situazioni infettive che devono essere analizzate con attenzione nella scelta della strategia riproduttiva. L'infezione può interessare solo l'uomo, solo la donna o entrambi. Nella maggior parte delle coppie sierodiscordanti è il maschio ad essere infetto ed è importante considerare il suo stadio di malattia, le terapie che sta assumendo, le possibilità di eliminare il virus dal seme mediante trattamento in laboratorio. Le gravidanze che insorgono dopo il trattamento, se non danno infezione nella donna, non comportano alcun rischio d'infezione per il concepito. Il concepimento della donna con infezione da HIV che desidera una gravidanza dal suo compagno sieronegativo si realizza facilmente anche con inseminazioni domiciliari che evitano il

Il concepimento della donna con infezione da HIV che desidera una gravidanza dal suo compagno sieronegativo si realizza facilmente anche con inseminazioni domiciliari che evitano il contatto sessuale, potenziale fonte di contagio.

contatto sessuale, potenziale fonte di contagio. Più complessi sono invece altri aspetti: che le terapie necessarie per controllare la replicazione virale possono avere conseguenze sull'embrione e sul feto ed il rischio di trasmettere l'infezione al figlio. Questa terribile dicotomia di poter dare la morte (trasmettere l'in-

fezione) nel momento in cui si dona la vita è oggi meno angosciante, perché il trattamento farmacologico ed il parto cesareo elettivo hanno ridotto le possibilità d'infezione a due casi ogni cento neonati. La donna con infezione da HIV deve essere aiutata a decidere sulla possibilità di sospendere o modificare la terapia in gravidanza (soprattutto nel primo trimestre), come controllare il decorso gestazionale e quale via del parto scegliere. L'allattamento al seno è sconsigliato perché costituisce una potenziale fonte di contagio post-natale. Nelle coppie in cui entrambi i partner sono sieropositivi è possibile, se hanno sempre rapporti protetti, che i due partner siano infettati da ceppi virali con differenti mutazioni. In Italia questo è frequente perché spesso l'uomo si è infettato parecchi anni prima della donna cui ha trasmesso l'infezione, ha richiesto terapie più aggressive e vi è quindi la possibilità che il suo virus abbia acquisito mutazioni differenti da quelle del virus della compagna. In questi casi può essere opportuna l'eliminazione di leucociti seminali e del plasma seminale mediante trattamento seminale in laboratorio (come per le coppie discordanti) per evitare di trasmettere un ceppo mutato con maggiori rischi, nel caso di contagio, sia per la donna sia per il concepito.

unque

produttive che molte persone sieropositive vorrebbero esercitare con i loro partner, siano anch'essi infetti oppure no.

Preoccupazioni e perplessità

(...) Il desiderio di prole nonostante la presenza di un'infezione ad esito mortale ha suscitato considerevole preoccupazione. La decisione di avere un figlio, sicuramente fra le più personali che si prendono nella propria vita, è diventata così materia di dibattito pubblico in considerazione sia della prognosi mortale del genitore infetto, sia del rischio di contagio sessuale per il partner sano. Nelle coppie in cui entrambi i genitori sono sieropositivi le perplessità per il futuro del bambino sono ancora maggiori e, non ultima delle inquietudini, la possibile incapacità genitoriale di persone con un passato di tossicodipendenza. Questi importanti motivi di riflessione e di scelta sono stati spesso sincere preoccupazioni, talvolta hanno invece paludato un atteggiamento discriminante verso persone con un'infezione che

Le prime ricerche sul seme dei maschi infetti nel 1986

Nel 1986 la prima coppia sierodiscordante per infezione HIV maschile chiese un appuntamento presso la Clinica Mangiagalli per conoscere quali possibilità vi fossero di eliminare il rischio di contagio per la donna e per il nascituro. Sulla base di



questa richiesta si decise di iniziare il recupero di linfociti seminali per valutare se questi fossero la principale fonte infettiva nella trasmissione sessuale ed i risultati furono presentati al congresso d'immunologia riproduttiva dell'agenzia delle ricerche francese nel 1987. Nella breve comunicazione si dichiarava già che gli esperimenti sarebbero continuati per valutare la possibilità d'inseminazioni intrauterine con seme filtrato e lavato. Nell'anno successivo, presso la nuova sede dell'Ospedale San Paolo di Milano, la metodica fu modificata al fine di eliminare, oltre alle cellule nucleate potenzialmente infettate dal virus, anche il virus libero presente nel plasma seminale. Il procedimento finale, che non abbiamo modificato da allora in poi, consiste nel filtrare il seme diluito mediante centrifugazione su di una sostanza molto densa che agisce da setaccio cellulare tramite il quale passano gli spermatozoi ma non i leucociti seminali. Gli spermatozoi vengono poi lavati per eliminare tracce della sostanza filtrante e di plasma seminale. Dopo questo lavaggio, gli spermatozoi vengono ricoperti di un ricco liquido nutriente mantenuto a temperatura corporea in un incubatore. La loro spontanea motilità permette di selezionare in superficie quelli più vivaci, dotati di motilità rettilinea e quindi più fertili. Questa procedura permette anche di allontanare gli spermatozoi da trasferire in utero da eventuali cellule infette, che abbiano sorpassato la fase di filtrazione e di lavaggio.

Le prime inseminazioni nel 1988

Nel 1988, sotto la pressione di coppie che avrebbero in ogni caso abbandonato l'uso del preservativo per cercare un concepimento spontaneo, si decise di offrire a queste coppie le prime inseminazioni intrauterine con seme filtrato e lavato. Nel prendere questa decisione si applicò un criterio di riduzione del rischio che ci si attendeva dall'eliminazione della maggior parte del contenuto virale dell'eiaculato e dalla riduzione del numero di occasioni in cui la donna era esposta ad un seme ancora potenzialmente infetto, anche se trattato in laboratorio e controllato per assenza di contaminazione virale dopo lavaggio. Tutte le coppie furono indagate per verificare la possibilità di poter concepire mediante inseminazione (nell'uomo controllo dell'adeguatezza della qualità seminale, nella donna prova di pervietà delle tube e di buona efficienza ovulatoria) ed informate

dei limiti conoscitivi delle nostre ricerche, che non permettevano di escludere un rischio di infezione con il procedimento di inseminazione.

La prima comunicazione ufficiale

Dopo la nascita dei primi dieci bambini ed avere verificato che nessun caso di inseminazione avesse infettato le donne esposte al seme lavato, i risultati vennero sottoposti alla valutazione degli editori di Lancet, che accettarono di pubblicare una breve comunicazione sui risultati clinici ottenuti con questo nuovo metodo di preparazione seminale. Il comunicato stampa della rivista scientifica riportò il titolo giornalistico di bambini sani da padri sieropositivi, che condizionò un'enorme attenzione di tutta la stampa divulgativa e delle televisioni nazionali e internazionali. L'effetto negativo di questa campagna informativa, avviata nostro malgrado, non tardò a farsi sentire, come sempre avviene quando viene riportata una nuova metodica medica su cui, giustamente, nascono perplessità e dubbi. Questa difficile partenza, che attendevamo con giustificata preoccupazione e che non ha potuto essere controllata, ha condizionato poi la lentezza e



la discrezione con cui si è potuto portare la comunità scientifica ed i pazienti a conoscenza della possibilità di ridurre il rischio di contagio al partner sano in coppie discordanti che desiderassero un figlio.

L'attivazione di una struttura assistenziale

Il progressivo aumento delle richieste d'assistenza riproduttiva al centro del San Paolo ha portato la Regione Lombardia ad attivare e finanziare un centro specifico cui le coppie con infezione da HIV potessero fare riferimento. Obiettivi del progetto erano proteggere i partner non infetti, ridurre il rischio di trasmissione verticale, concentrare le conoscenze sui rapporti fra HIV e riproduzione, attivare una rete di raccolta dati e di riferimento clinico-scientifico. Questo progetto è stato realizzato con elevati costi economici, scientifici e personali. Contro questi costi il centro è diventato un modello di coordinamento nazionale ed europeo per le coppie con infezione da HIV ed ha sviluppato suoi originali ed autonomi programmi d'assistenza riproduttiva ed ostetrica. A questo centro si affiancherà un secondo centro assistenziale e di ricerca presso l'Ospedale Luigi Sacco, che si colloca strategicamente in un Polo universitario dotato delle competenze infettivologiche e laboratoristiche che sono base e complemento dell'assistenza riproduttiva.

Gli aspetti essenziali del programma di assistenza riproduttiva

Le coppie stabili, sierodiscordanti o sierocordanti, che desiderano un figlio devono riflettere sul significato del loro progetto di diventare genitori anche di fronte ad un'infezione che può essere controllata, ma non debellata. La possibilità di un aggravamento o di morte di uno o dei due genitori e le conseguenze sul futuro del concepito devono essere valutate con ponderatezza.

Lo scopo principale dell'assistenza riproduttiva è ridurre il rischio di contagio per il partner non infetto, di trasmissione di virus mutato nelle coppie di partner entrambi infetti e di trasmissione verticale. Questi obiettivi possono essere perseguiti se la programmazione della gravidanza avviene sotto controllo medico. A monte del trattamento seminale, messo a punto presso l'Ospedale San Paolo, vi sono molti altri provvedimenti, funzionali al progetto riproduttivo, da mettere in atto. È necessario che il partner infetto sia sotto controllo medico perché un'efficace terapia antivirale riduce sia il rischio di trasmissione sessuale sia verticale. Vanno escluse altre infezioni a trasmissione sessuale o verticale che possano essere prevenute mediante trattamento del soggetto infetto o vaccinazione preventiva di quello non infetto o non protetto da anticorpi specifici (ad esempio virus dell'epatite B). Particolare attenzione va posta ad escludere la presenza d'infezioni del tratto genitale maschile e femminile, perché facilitano la possibilità di trasmissione sessuale del virus. Nell'uomo le infezioni aumentano la presenza nell'eiaculato di virus libero e nella donna la presenza di cellule del sistema immunitario che possono essere bersaglio per il virus.

Il controllo della fertilità della coppia

Nelle coppie che non hanno malattie trasmissibili per via sessuale e che iniziano ad avere rapporti liberi per concepire non si eseguono abitualmente esami per la fertilità se non dopo un anno di tentativi infruttuosi. Le coppie con HIV devono invece accertarsi che non vi siano ostacoli al concepimento per scegliere il metodo più adatto di fertilizzazione assistita in cui utilizzare il seme lavato. L'inseminazione intrauterina richiede che l'uomo abbia una conta di spermatozoi superiore ad un milione di spermatozoi mobili per ml e che le tube siano aperte e ben funzionanti. Nelle coppie in cui vi è una diminuzione della qualità seminale o la presenza di danno tubarico, va subito valutata l'opportunità di ricorrere ad una fertilizzazione extracorporea (in provetta) con successivo trasferimento in utero degli embrioni. L'inseminazione intrauterina rimane il metodo preferenziale per affrontare il problema infettivo e quello del concepimento, per la sua semplicità organizzativa e perché non

Le coppie con HIV devono accertarsi che non vi siano ostacoli al concepimento per scegliere il metodo più adatto di fertilizzazione assistita in cui utilizzare il seme lavato.

necessita dell'uso di farmaci che inducano ovulazioni multiple (e quindi il rischio di gemellarità, inevitabile con le attuali tecniche di fecondazione extracorporea).

Il problema del rischio infettivo

Il procedimento di preparazione seminale messo a punto dal nostro gruppo di ricerca è in grado di rimuovere sia la componente di virus contenuta nelle cellule immunocompetenti dell'eiaculato sia quella virale libera presente nel plasma seminale. Il metodo ha dimostrato la sua efficacia sia in tutti i nostri test di laboratorio, sia in ambito clinico perché nessuna delle donne che ha concepito con questa metodica ha sviluppato infezione. Tuttavia il sistema di rilevazione dell'eventuale contaminazione virale del preparato finale mediante sistemi di biologia molecolare non è in grado di escludere la presenza di minime quantità di virus che potrebbero trasmettere il contagio. Le coppie devono quindi accettare la possibilità d'infezione che non può essere attualmente esclusa da alcun metodo di preparazione seminale e di verifica dopo trattamento. Ogni coppia deve quindi firmare un modulo di consenso informato che dettaglia il tipo di metodica che viene utilizzata per la preparazione seminale, il sistema di rilevazione del residuo di contaminazione virale, la sensibilità minima della rilevazione e che raccoglie la cognizione della coppia della presenza di un rischio infettivo. Prima dell'inseminazione la donna deve accettare di sottoporsi ad un test per la verifica dell'assenza di infezione e ripetere il test sierologico anti-HIV dopo tre mesi, sei mesi e un anno dall'ultima inseminazione o fertilizzazione in vitro. I test di verifica possono essere eseguiti presso il centro dove la coppia è stata assistita o presso centri locali, ma in tal caso è necessario inviare copia dei risultati di negatività (...).

Lucca e il suo... Quarto

...il centro storico della città è chiuso a cerchio da una cinta muraria così intatta, che forse quell'anello murario qualcuno se lo porta anche dentro...



DANIELA GUIDOTTI

“C

ampo di Marte” è il nome dell’Ospedale Civile di Lucca ed il “Quarto”, come comunemente viene chiamato, è il Reparto di Malattie Infettive.

Il reparto ha 24 posti letto di degenza e 3 posti letto day-hospital, le camere sono per lo più a 2 posti. Qui vengono ricoverati pazienti con malattie infettive di diversa etiologia: epatiti, meningiti, tubercolosi, patologie correlate all’HIV.

Oltre al reparto di degenza esiste un ambulatorio di epatologia, di immunopatologia infettiva e per la tubercolosi. I medici e gli infermieri del Reparto, oltre all’attività all’interno dell’ospedale, fanno assistenza domiciliare ai pazienti sieropositivi.

Le persone sieropositive che vengono seguite “al Quarto” sono di età diversa, di diversa estrazione sociale e per lo più provengono da altre città to-

scane e qualcuno anche da fuori Regione, mentre qualche sieropositivo lucchese si rivolge in centri di altre città.

Proverò a fare un distinguo della tipologia di donna che generalmente puoi incontrare in reparto o nella saletta d’aspetto dell’ambulatorio.

Può essere la cosiddetta donna “normale”, cioè la donna che conduce istituzionalmente una vita “regolare”: madre, moglie, magari lavoratrice, quella che mai penseresti che è sieropositiva.

Sono donne usualmente “schive”, “fantasmi”..., quelle che hanno la tendenza a non parlare, a non farsi riconoscere. Hanno paura di essere giudicate, guardinghe ad ogni passo, attente ad ogni persona incontrata.

La paura della propria condizione fa pensare di non essere accettate e tutto ciò, sicuramente, fa parte di una triste realtà. A volte nessuno ne è al

corrente, né il partner, né i familiari, né gli amici, o comunque sempre un numero ristretto di persone. Potrebbe, invece, essere utile per la donna che lavora mettere a conoscenza della propria condizione il datore di lavoro, per qualche permesso d’uscita per analisi, visite, per non destare sospetti in qualche collega e invece si preferisce tacere.

Il problema primario è come nascondere la sieropositività. Se la donna è tossicodipendente, questo “status” si antepone allo stato di sieropositività e la donna spesso si trascura, saltando le terapie, le analisi, ecc.

Secondo alcune testimonianze raccolte, per quelle donne con un passato di tossicodipendenza che si sono inserite nella vita normale, sociale, è difficile dichiararsi nuovamente “diverse”, cioè sieropositive.

È difficile per loro adesso con-

frontarsi perché si rendono conto che non vengono accettate, anche solamente da qualche inconsapevole battuta o semplici ragionamenti fatti dai vicini, dai colleghi di lavoro. Quindi sono "obbligate" a nascondersi, a non dire niente, a farsi violenza.

Lucca è una città piccola, che avrebbe la voglia ed i mezzi per adoperarsi nel sociale, nel volontariato, che avrebbe voglia di darsi da fare a capire, però spesso se c'è un "qualcosa fuori posto", allora cala l'ombra, è proprio il caso di dire: "la città è piccola e la gente mormora".

A volte fra quella gente c'è un qualcuno che non vuole capire. E quando non si può essere se stessi, non ti fanno essere, allora scegli: o te ne freghi o ti nascondi! Il centro storico di Lucca è chiuso a cerchio da una cinta muraria così intatta, che forse quell'anello murario qualcuno se lo porta anche dentro.

Per quanto riguarda la prevenzione, non se ne fa; solo a livello istituzionale, i medici e gli infermieri si adoperano per farla, ma appena fuori dal "Quarto", dall'ospedale, niente! Solamente la scuola cerca di essere presente.

Ritornando al "Quarto" un'altra tipologia di donna che salta all'occhio è quella delle "nuove donne" seguite dal reparto: i transessuali, prevalentemente brasiliani, provenienti dalle aree limitrofe (Viareggio, Montecatini).

I primi arrivarono al "Quarto" tre anni fa. Adesso, attraverso un passaparola, ne sono in cura 50. La loro presenza salta all'occhio per il fatto che arrivano all'ambulatorio al mattino presto, sempre in piccoli gruppi, visibilmente

"assonate", con un taxi che le aspetta all'uscita.


Tutte consapevoli del loro stato di sieropositività e seppur con tutte le problematiche che incontrano, a prescindere dal loro stato fisico, sono sempre disponibili a scambiare storie ed esperienze del loro vissuto, che per certi aspetti è molto simile a quello di noi donne. Loro hanno una problematica in più da combattere: il pregiudizio nel pregiudizio, e per questo vivono isolate, "ghettizzate", ma sempre in gruppo nelle cittadine in cui risiedono.

Quando mi è capitato di scambiare quattro chiacchiere con alcune donne mi sono resa conto che, nella diversità umana che ci contraddistingue, ci sono denominatori comuni, soprattutto nelle angosce e nei problemi: la paura del proprio essere, come nascondere, "l'isolamento" nella comunicazione, come trovare mille espedienti per l'assunzione della terapia, il dover combattere con se stesse per la voglia di essere madre, le domande su come e se potrà nascere quel bambino desiderato; la paura, se ci sono già dei bambini, di come intraprendere una relazione con un nuovo compagno, come proteggere la famiglia, il

marito, i figli dalle chiacchiere, il fisico mutato, la voglia di confrontarsi.

Però nonostante i diecimila pensieri, cercando di essere forti sempre. Forti nell'affrontarsi e nell'affrontare questa umana paura... anche sperando.

L'infermiera, un'amica

 e persone sieropositive che affluiscono all'ambulatorio di Malattie Infettive, ricercano da noi, infermiere donne, sia la professionalità che il supporto psicologico. Trovano in noi una sensibilità ed una solidarietà che la società le rifiuta. Noi, infermiere e medici, siamo praticamente l'unico riferimento sia per le problematiche in generale, ma anche per i problemi personali che riguardano la loro situazione familiare, il lavoro ed i rapporti interpersonali. Chiedono consiglio a noi anche per problemi legati alla terapia antiretrovirale, su come assumere i farmaci, sugli effetti collaterali. Ci spiegano la loro angoscia a causa della malattia, le preoccupazioni per il futuro, le scelte del domani. Spesso siamo chiamate in causa per problemi molto intimi e a volte, grazie a noi, riescono a superare tutto questo e a convivere con la malattia. Soprattutto desiderano di essere ascoltate!

Un esempio: una donna che ogni volta che viene a fare gli esami ci confida di non riuscire a esternare la sua ansia neppure al compagno con cui vive: solo con noi infermiere dell'ambulatorio riesce a parlare senza vergogna. Questa donna si sente sola a combattere la sua malattia; se lei ne parlasse con i familiari e le amiche è sicura che ne uscirebbe discriminata.

Un altro esempio è quello di una donna sieronegativa, sposata con un uomo sieropositivo. Spesso quando il suo compagno non è presente nella stanza, perché sta facendo una visita con il medico, lei cerca in noi quel sostegno morale che purtroppo nessun'altra struttura è in grado di offrire. Per noi infermiere l'ascolto di queste persone diventa lo scopo principale nella giornata di lavoro: ci sforziamo di attuarlo per quanto compatibile con il tempo a nostra disposizione. Per migliorare questa situazione forse sarebbe necessario aumentare il personale e dotare l'ambulatorio di uno psicologo sia per gli utenti che per gli operatori".





Sessualità e Islam

L'educazione sessuale, l'uso di contraccettivi da parte di donne non sposate, l'uso di profilattici per difendersi dalle malattie a trasmissione sessuale, sono percepite come pericolosi vettori dei mali del mondo occidentale.

FRANCESCA ERSILIA
*Scuola di Studi Islamici
Istituto Universitario
Orientale - Napoli*

L'Islam ha risolto la questione del rapporto tra potere e sessualità mediante la reclusione della donna e la riduzione della sessualità all'interno del matrimonio. L'amore e la sessualità sono sottoposti alla legge divina: ogni relazione tra uomo e donna, che si svolga al di fuori del matrimonio o del rapporto di concubinato, è considerata *zin* (termine che indica tanto la fornicazione quanto l'adulterio) e severamente punita:

"L'adultero e l'adultera siano puniti con cento colpi di frusta ciascuno..." (Cor., XXIV, 2).

Anche la condanna della prostituzione è severa: il Profeta ha detto: "Chi pratica la prostituzione è come se adorasse un idolo!" e ancora: "Durante il mio viaggio notturno fui portato vicino a certe creature di Dio, tra le quali c'erano donne appese per i capezzoli; altre erano appese per i piedi capovolte. Urlavano e si lamentavano in maniera spaventosa.

Allora chiedo: Chi sono, Gabriele, queste donne? E lui mi ha risposto: Sono donne che hanno praticato la prostituzione, che hanno ucciso i loro figli e partorito al di fuori del matrimonio!"

Viceversa, il matrimonio è per i musulmani fonte di virtù e l'atto sessuale, purché legale, viene considerato opera grata a Dio, garanzia dell'ordine divino, in cui si rispecchia l'opera della creazione. L'istinto sessuale e la sessualità non

devono essere finalizzati esclusivamente alla procreazione, come rivela il teologo medievale al-Ghazalah:

“Certamente l’istinto sessuale non deve avere come unico scopo la procreazione, ma è saggia istituzione anche da un altro punto di vista. Il desiderio legato alla sua soddisfazione, cui nient’altro è paragonabile se dura nel tempo, deve cioè prefigurare le delizie del Paradiso. Sarebbe infatti inutile far sperare a chiunque un godimento che questi non abbia mai sperimentato [...]. I piaceri terreni sono perciò, a tale riguardo, importanti anche perché suscitano il desiderio per il medesimo godimento eterno in paradiso, e in tal modo costituiscono uno stimolo al servizio di Dio².

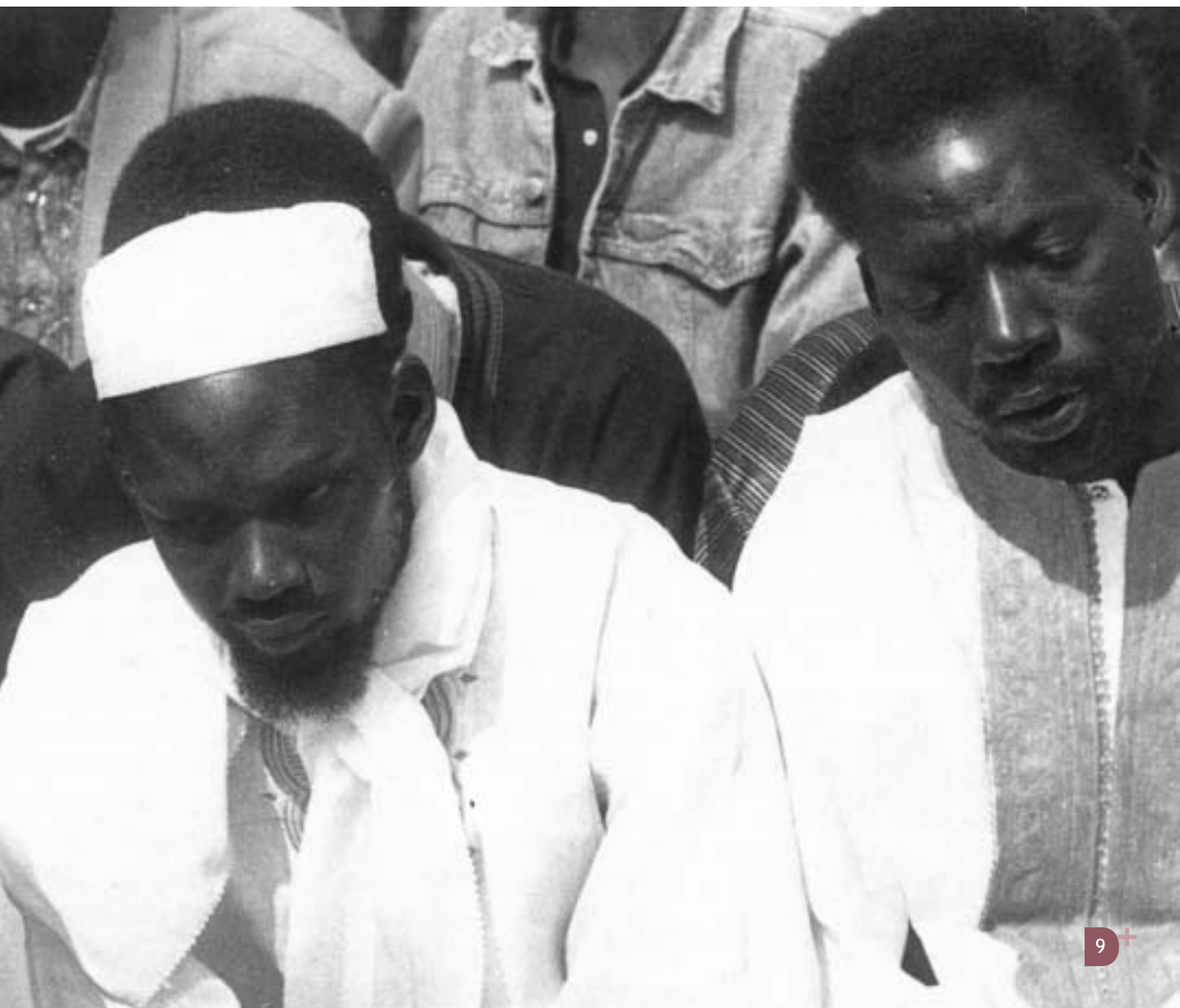
I coniugi sono tenuti a soddisfare la loro passione entro la cornice del matrimonio poiché ogni essere non soddisfatto è esposto al pericolo della seduzione sessuale. Per proteggere i mariti dal rischio di commettere adulterio la moglie deve essere sessualmente a sua disposizione; ma anche il marito ha il dovere di soddisfare la moglie, poiché la donna insoddisfatta è, nell’immaginario dei musulmani, più pericolosa di Satana stesso. Il rifiuto del dovere coniugale è, ancora oggi, una delle più importanti cause di divorzio per l’uomo come per la donna.

La vasta letteratura musulmana di argomento erotico insegna che l’atto sessuale non deve essere rapido ed egoistico ma un piacere per entram-

bi che duri a lungo. L’uomo deve scoprire il proprio corpo tramite quello della donna, e viceversa. Agli uomini si consiglia di arrivare all’atto sessuale dopo un tenero gioco amoroso, così alle donne si raccomanda di essere belle, curate e di non rifiutarsi al proprio sposo. La visione islamica della sessualità è fatta di soddisfazione passionale, non di continenza³.

Tuttavia, data l’attuale realtà economica e sociale dei paesi musulmani, la morale sessuale può rivelarsi spesso frustrante. Il giovane che, fin da piccolo, viene preparato ad aspettarsi una completa soddisfazione dei propri istinti, dovrà scontrarsi con un’amara realtà: l’appagamento sessuale, confinato nell’ambito del

matrimonio, è legato a fattori economici, a volte insormontabili (il pagamento del dono nuziale, la capacità di mantenere una famiglia). Scrive la sociologa marocchina Fatima Mernissi: “il dramma sessuale legato alla condizione femminile è altrettanto - se non di più - mutilante per l’uomo”⁴. Rispetto ad istanze come la libertà della donna di gestire il proprio corpo - emerse nell’ambito della Conferenza su Popolazione e Sviluppo, tenutasi al Cairo nel 1994 e della Conferenza di Pechino del 1995 sulla condizione femminile - l’Islam ufficiale ha ribadito il principio della realizzazione della donna musulmana nell’ambito della famiglia, e il suo ruolo fondamentale come custode dei valori tradizio-



nali. Problematiche come l'educazione sessuale, l'uso di contraccettivi da parte di donne non sposate, l'uso di profilattici per difendersi dalle malattie a trasmissione sessuale, sono state percepite come pericolosi vettori dei mali del mondo occidentale, quali il permissivismo sessuale e l'omosessualità⁵. Quest'ultima è fermamente condannata nell'Islam, come d'altro canto si condannano i rapporti anali tra i coniugi in



L'innalzamento dell'età matrimoniale e una capillare educazione religiosa sono giudicate le uniche misure possibili di lotta all'AIDS, mentre nessuno spazio viene lasciato a campagne di educazione sessuale



quanto giudicati contro natura.⁶ Ciononostante l'omofilia che poteva anche sfociare nell'omosessualità o nella pedofilia, era diffusa e accettata nel mondo musulmano medievale, che risentiva dell'eredità di culture come quella sasani-de e quella greco-ellenistica. In un gustoso saggio, al-Giahiz, autore esemplare della letteratura araba di epoca abbaside, disserta sui meriti comparati dell'*ars amatoria* delle fanciulle e dei giovinetti. In un testo di letteratura etica, il Kay Ka'has (1021-1082 circa) nel capitolo "Di come indulgere nel godimento" scrive: "Quanto al problema della scelta fra donne e fanciulli, è opportuno non limitare la propria preferenza a un sesso piuttosto che a un altro: può trarsi in tal modo piacere da entrambi, senza che nessuno ti prenda in antipa-

tia"⁷. Nel mondo medievale islamico erano anche ampiamente tollerati gli ermafroditi, che ebbero un ruolo fondamentale nello sviluppo della musica araba nella Mecca del periodo omayyade e, soprattutto, a Medina dove erano annoverati tra i più celebri cantanti e musicisti. Le *Mille e una Notte* e gli *Aghenah* conservano, inoltre, numerose testimonianze di donne dall'aspetto androgino che popolarono gli *harem*.⁸ L'omosessualità (in special modo quella maschile⁹) - benché socialmente tollerata se non accettata - è attualmente condannata sotto l'aspetto re-

ligioso e giuridico in quanto sovvertimento dell'ordine del mondo voluto da Dio. Muhammad Iqbal Siddeqah, noto giurista pakistano, sostiene che chi soddisfa i propri desideri sessuali in maniera "innaturale" si macchia di vari crimini. Infatti:

1. va contro alla naturale funzione dei propri organi sessuali e di quelli del proprio partner;
2. non svolge la funzione riproduttiva;
3. non si assume gli obblighi sociali del matrimonio¹⁰.

L'omosessualità è passibile di una condanna penale, anche se rimane controverso tra i giuristi se assimilarla o meno al delitto di *zin* (adulterio/fornicazione)¹¹. La pedofilia - almeno nel diritto musulmano classico - si considera meno grave dei rapporti omosessuali con un partner adulto. Lo stesso discorso vale per la bestialità o la necrofilia, ossia rapporti con un essere che non prova alcun desiderio sessuale¹².

Negli scritti che affrontano i problemi legati alla bioetica e all'etica medica, l'omosessualità maschile è considerata - insieme alla prostituzione - la principale causa della diffusione dell'AIDS e delle altre malattie a trasmissione sessuale e, per questa ragione, giudicata un crimine. Nelle fonti arabe, l'AIDS comincia ad essere citato intorno al 1985, ma solo verso il 1990 ci si rende conto che non si tratta di un fenomeno circoscritto al mondo omosessuale americano ed europeo. Le fonti musulmane forniscono dettagliate notizie mediche sui modi di trasmissione, concludendo che l'astinenza sessuale è il metodo più sicuro per eliminare i rischi di conta-

gio. Oltre alle relazioni omosessuali o extra-matrimoniali, vengono individuate come cause di contagio lo scambio di siringhe infette, le trasfusioni, la trasmissione dalla madre al figlio (*Magiallat al-Azhar*, giugno 1987, pp. 1399-1402). Si tende comunque a sottovalutare i rischi di infezione che non implicino una "colpa" dell'individuo in quanto la malattia viene prospettata come la punizione divina per una condotta deviante. L'aspetto apologetico prevale su problemi come la cura dei malati, le loro relazioni interpersonali e lavorative, il rapporto medico-paziente. I giuristi musulmani ignorano tutto questo e preferiscono concentrarsi sulla censura di ogni comportamento contrario alla morale islamica, sostenendo che uno stile di vita improntato ai valori dell'Islam costituisce la miglior barriera contro la malattia. In alcuni articoli sull'incidenza della malattia tra le donne occidentali, apparsi nella rivista *R_bita* pubblicata alla Mecca (n. 346, ottobre-novembre 1993, p. 59; n. 351, giugno-luglio 1994, p. 55), si sottolinea come la castità che l'Islam detta alla donna sia il modo migliore per evitare i rischi di contagio e di trasmissione della malattia ai figli. La rimozione delle cause che spingono all'innalzamento dell'età matrimoniale e una capillare educazione religiosa sono giudicate le uniche misure possibili di lotta all'AIDS, mentre nessuno spazio viene lasciato a campagne di educazione sessuale, in particolare quelle rivolte all'uso di profilattici, consentiti per l'Islam solo nell'ambito dei rapporti tra marito e moglie. Non mancano, comunque,

nell'Islam approcci diversi alla lotta contro l'AIDS. In Indonesia, ad esempio, la presenza del virus ha sollevato il problema dell'esistenza di comportamenti non conformi alla religione: dall'omosessualità, alla prostituzione, ai rapporti extra-coniugali. A partire dal 1995, la NU (Nahdatul Ulama) - la più grande organizzazione musulmana indonesiana con 30 milioni di membri - ha promosso una vasta campagna di educazione sessuale, finalizzata a diffondere l'uso del preservativo (sulla base del principio islamico che tra due mali bisogna scegliere il minore), e a promuovere l'accettazione sociale dei sieropositivi e dei malati di AIDS, poiché nessuno è senza peccato così da poter giudicare gli altri. L'organizzazione ha tra i futuri progetti quello di proporre una diversa visione dell'omosessualità e della libertà sessuale, condannati dall'Islam, eppur non incompatibili con l'idea islamica di Dio benevolo e misericordioso nei confronti dell'intera umanità¹³.

Tra i paesi musulmani che hanno promosso iniziative di lotta all'AIDS vi è anche la Tunisia, dove dalla fine del 1991 - inizi del 1992, si sta attuando una campagna per l'uso del preservativo ed è stato attivato un numero verde di informazione sui rischi di trasmissione. La campagna ha suscitato le polemiche di chi la considera un incentivo alla diffusione

dell'omosessualità e dell'immoralità. In Marocco il Comitato anti-AIDS lotta soprattutto per promuovere un'informazione precisa ed abbattere il pregiudizio che la malattia sia una punizione divina¹⁴.



Per saperne di più...

¹ Heller, E. & Mosbahi, H., *Dietro il velo - Amore e sessualità nella cultura araba*, trad. di P. G. Donini, Laterza, Bari 1996, p. 44.

² *Ib.*, p. 45.

³ Heller & Mosbahi, *Dietro il velo*, p. 157.

⁴ Delaunoy, G., *Les Femmes dans l'Islam. La situation des femmes musulmanes dans les pays méditerranéens du proche au moyen-orient et du Maghreb*, Ed. Parlement Européen - Direction Général des Etudes, Bruxelles 1996, pp. 29-30.

⁵ *R_bita* n. 368 ott. 1995, pp. 28-31; n. 370, gen. 1996, p. 43; n. 390, ago.-sett. 1997, pp. 26-27; n. 371-372, feb.-mar. 1996, pp. 24-27.

⁶ Cfr. *Cor.*, VII, 80-81; XI, 82-83; XXVI, 165-166; XXI, 74.

⁷ Citato in Vercellin, G., "Considerazioni a proposito dell'omosessualità nel mondo musulmano", in *Bipolarità imperfette*, a cura di G. Scarcia, Eurasiatica n. 56, Quaderni del Dipartimento di Studi Eurasiatici, Università Ca' Foscari di Venezia, 1999 (?), pp. 165-177.

⁸ Bouhdiba, A., *Sexuality in Islam*, Presse Universitaire de France, Parigi, 1975, pp. 54-56.

⁹ L'omosessualità femminile è trattata con maggior indulgenza, chi la pratica va incontro ad una pena discrezionale, allo stesso modo di chi pratica l'autoerotismo, la necrofilia, la bestialità. Bouhdiba, *Sexuality in Islam*, pp. 44-45; Chebel, M., *L'ésprit de sérail. Perversion et marginalité sexuelles en Maghreb*, s.l., Lieu Commun, 1988, p. 22-24.

¹⁰ Siddiqi, M.I., *The Penal Law of Islam*, Nuova Dehli 1988, p. 75-76.

¹¹ *Ib.*, pp. 77-80.

¹² Bousquet, G.H., *L'éthique sexuelle de l'Islam*, pp. 58-59; Bercher, *Les délits e les peines de Droit commun prévus par le Coran*, pp. 95-96.

¹³ Mas'udi, M.F., Sciortino, R., & Marcoes, L., "Learning from Islam: Advocacy of Reproductive Rights in Indonesian Pesantren", in *Studia Islamika*, IV, 2, 1997, pp. 83-104.

¹⁴ Delaunoy, *Les Femmes dans l'Islam*, pp. 85-86.



Passerelle e solidarietà

Piero Piazza, 38 anni, è direttore della Paolo Tomei, una delle più importanti agenzie di modelle nel panorama italiano e internazionale. Per dieci anni è stato direttore della Riccardo Gay e ha contribuito a creare il fenomeno delle top Herzigova, Campbell, Mazza, Bellucci. Prima ancora, ha solcato le passerelle e i set fotografici come modello. In tutto questo tempo ha visto molti amici e colleghi vivere il dramma della sieropositività e poi morire di AIDS. Esperienze drammatiche che hanno segnato profondamente il mondo della moda. Un mondo dorato e maledetto al tempo stesso, capace però anche di grandi slanci di generosità, di impegno civile per una causa giusta come la lotta alla sindrome da immunodeficienza acquisita. "La moda è stata colpita in pieno dall'AIDS - dice Piazza - tanti protagonisti, soprattutto stilisti e creatori, ma anche addetti ai lavori, truccatori, parrucchieri, sono stati portati via da questa malattia. Io stesso ho perso molti amici e colleghi..."

MARIA ELENA BARNABI

L'immaginario collettivo vive il mondo della moda come il massimo della trasgressione e dell'eccesso, in tutti i sensi: alcol, droga, sesso... In questo senso si spiega anche la diffusione dell'Hiv. Secondo lei è veramente così?

Probabilmente è vero solo in

parte. Nel nostro ambiente ci sono parecchi omosessuali, e fino a non molto tempo fa questa era una tra le categorie più a rischio di contagio. Associarci alla droga è diventato un po' un luogo comune: io credo che non si possa lavorare bene se si è fatti di eroina. E se si vuol rimanere in questo ambiente, bisogna dare sempre il massi-

"... oggi non ha senso fare distinzioni: l'AIDS può colpire tutti, indipendentemente dalle scelte sessuali. L'importante è prevenirlo. E quando c'è, convivere nel miglior modo possibile..."



mo. Oggi però non ha senso fare distinzioni: l'AIDS può colpire tutti, indipendentemente dalle scelte sessuali. In ogni caso conta poco dove e come ti becchi l'infezione: l'importante è prevenirla. E quando purtroppo c'è, convivere nel miglior modo possibile.

È anche per questo quindi

che negli ultimi anni si sono moltiplicate le iniziative della moda a favore della lotta all'AIDS?

Senza dubbio, il fatto che questa malattia abbia colpito così tante persone nel mondo della moda ha reso questo ambiente più sensibile verso le tematiche legate all'AIDS. Non bisogna inoltre dimenticare che parliamo di un settore ricco, dove girano molti soldi. Quindi direi che si è trattato di un felice connubio tra maggiore sensibilità e possibilità economiche. Oggi, per esempio, molte case di moda destinano annualmente alla lotta all'AIDS i soldi che spenderebbero per i regali di Natale.

Quali sono le iniziative più significative?

In Italia, la principale è senza dubbio "Convivio". Si tratta di un appuntamento biennale, giunto ormai alla quinta edizione: una sorta di mostra mercato dell'abbigliamento durante la quale è possibile acquistare a prezzi accessi-

bili abiti di grandi firme italiane. Il ricavato delle vendite viene interamente destinato all'Anlaids. Quest'anno l'appuntamento è dall'8 al 13 giugno al padiglione 9 della Fiera di Milano. Ma le iniziative sono state (e sono tuttora) numerose: mi viene in mente una festa organizzata due o tre anni fa che ha "fruttato" 300 mi-

“... le modelle sono ormai fenomeni pubblici: le loro immagini influenzano i nostri gusti, le nostre scelte. È giusto che usino il loro ascendente per diffondere la “cultura” della lotta all’AIDS...”

lioni, destinati all’Ospedale Sacco di Milano per progetti di ricerca.

Anche la pubblicità di alcune case di moda fa esplicitamente riferimento all’AIDS: Benetton, per esempio, con il suo manifesto a base di profilattici colorati, o Moschino. Però, sempre di pubblicità si tratta... Certo lo scopo è commerciale. Se però, insieme al messaggio pubblicitario, si riesce a far

passare anche il concetto di quanto sia fondamentale la prevenzione, tanto di guadagnato. Sono dell’idea che lo scopo finale di queste campagne sia comunque quello di informare sul mondo dell’AIDS. In questo senso, il fine giustifica i mezzi.

Chi è tra le grandi top model la più impegnata in queste campagne di sensibilizzazione?

Le grandi top model lo sono tutte da anni: nel ’98 Naomi Campbell, Carla Bruni, Eva Herzigova, Kate Moss, Linda Evangelista hanno destinato il cachet di una sfilata alla ri-

cerca e sono testimonial in tutto il mondo della lotta contro l’AIDS. Le modelle sono ormai fenomeni pubblici: le loro immagini influenzano i nostri gusti, le nostre scelte. Ritengo quindi giusto che usino il loro ascendente per diffondere la “cultura” della lotta all’AIDS, della sensibilizzazione verso i malati e i sieropositivi.



Sotto il vestito... “Convivio”

57 MILA VISITATORI, 7 giorni di esposizioni, mostre e concerti, 4 miliardi di ricavato. Sono le cifre di “Convivio 2000”, l’ultima edizione della manifestazione milanese ideata da Gianni Versace agli inizi degli anni novanta in favore della lotta contro l’Aids. Dall’8 al 14 giugno i visitatori hanno acquistato a prezzi superscontati abiti e accessori, ma anche scooter, viaggi, gioielli e telefonini messi a disposizione dalle grandi case italiane: il ricavato, un record, è stato interamente devoluto alla sezione lombarda dell’Anlaids, per la prevenzione e la ricerca sull’Aids. Lo shopping benefico rappresenta il motore di “Convivio”, il secondo “charity” del mondo dopo quello organizzato dai divi di Hollywood per contrastare l’avanzata dell’Aids. E mentre in America sono gli attori a testimoniare il loro impegno in una campagna umanitaria che ha come obiettivo sconfiggere l’Hiv, a Milano sono gli stilisti che scendono in campo per dare una mano alla scienza.

La manifestazione, alla sua quinta edizione, ha preso il via la sera dell’8 giugno con un grande galà inaugurale: 1500 persone hanno affollato un enorme ristorante etnico all’aperto. Tra gli altri, c’erano anche tutte le grandi firme del “made in Italy”: Armani, Santo e Donatella Versace, Krizia, Ferré, Fendi, Alberta Ferretti, i Missoni, Dolce e Gabbana, Anna Molinari e Silvana Coveri. Non sono mancati anche alcuni nomi del mondo dello spettacolo, da Afef e Alba Parietti, a Platinette e Melba Ruffo di Calabria.

Durante le giornate di apertura al pubblico, i 100 stand, sui 9.000 metri quadrati del padiglione 9, messo a disposizione gratuitamente dalla Fiera di Milano, sono stati letteralmente svuotati dei 260.000 articoli, regalati da 190 aziende e offerti al pubblico con prezzi scontati di oltre il 50%. In particolare, nella giornata di domenica, l’affluenza è stata così alta da esaurire i prodotti messi in vendita e rendere necessario scaglionare le entrate. Durante tutta la settimana inoltre, uno staff medico è stato disponibile nel centro “Convivio” in piazza San Babila per fornire informazioni sull’Hiv.

La manifestazione si è chiusa la sera del 14 con la mostra fotografica “Forma” di Fabrizio Ferri e un concerto organizzato dalla Sugar di Caterina Caselli, che ha visto sul palco Filippa Giordano, la Piccola Orchestra Avion Travel ed Elisa accompagnati dall’orchestra sinfonica Giuseppe Verdi di Milano.

Ai giovani non piace il condom

Si rifiutano di usare il preservativo o seguono comportamenti a rischio: così, in molti casi, i giovani reagiscono a campagne di prevenzione dell'Aids impostate sui diktat e sui divieti, che, invece di tranquillizzarli, talvolta aumentano il terrore di contrarre la malattia e impediscono agli adolescenti di vivere serenamente le esperienze sessuali. È il profilo dei 2000 studenti di 18 istituti superiori di Roma e provincia che lo scorso anno sono stati coinvolti per quattro mesi nella campagna di prevenzione dell'Aids avviata dall'Agenda della Sanità Pubblica regionale (Asp).

L'infezione da Hiv non è un problema sconosciuto: oltre 1200 ragazzi hanno ricevuto informazioni, ma non sempre la conoscenza della malattia rende sereni i giovani e li indirizza verso corretti comportamenti di prevenzione. Dalla ricerca emerge che gli studenti ondeggiavano tra due comportamenti opposti: da un lato, dopo la prima esperienza sessuale, fatta nel 60% in modo protetto, credono di essere immuni dal virus Hiv e diminuiscono l'uso dei profilattici; dall'altro la conoscenza della malattia, invece di rassicurarli, li blocca tanto da spingerli nell'1% dei casi ad evitare rapporti sessuali. "Le campagne prescrittive - spiega Carlo Perucci, direttore dell'Asp - che non offrono opzioni per evitare i rischi non funzionano e spesso spingono i giovani a comportamenti di sfida, come a ridurre l'uso di profilattici o fare esperienze a rischio".

La ricerca è stata condotta tra giovani, alunni tra i 17 e i 19 anni di licei, istituti tecnici e professionali che hanno partecipato alla campagna divisi in due gruppi: una metà è stata seguita da insegnanti appositamente preparati a parlare di infezioni Hiv e di sesso, l'altra è stata capitanata da compagni addestrati da leader. "La prevenzione - ha detto Perucci - non va improvvisata da sedicenti esperti, né affidata ad insegnanti che si imbarazzano a parlare di sesso o non sono motivati. Come abbiamo fatto in questa campagna, in futuro dovremo cercare di potenziare l'educazione fatta tra coetanei, perché induce verso comportamenti basati su modelli di gruppo".

Sieropositivi: 6 su 10 non lo sapevano

Lieve diminuzione dei nuovi casi di Aids in Italia: nello scorso anno i nuovi malati sono stati 2090 contro i 2400 del '98, vale a dire meno della metà dei 5663 casi del '95, considerato l'anno in cui si è verificato il picco della malattia. Tuttavia, il 60% dei nuovi malati dello scorso anno ha sviluppato l'Aids quasi senza saperlo, tant'è che non aveva fatto alcuna terapia perché non sapeva di essere sieropositivo. Questi i dati più significativi dell'ultimo rapporto sull'Aids realizzato dal centro operativo dell'Istituto superiore di sanità, diretto dall'epidemiologo Gianni Rezza. "I casi di Aids diminuiscono a ritmo più lento rispetto al passato - ha spiegato Rezza - ma il dato significativo è che 6 persone malate su 10 non sapevano di essere sieropositive; inoltre il 20% di queste persone apparteneva a coloro che avevano contratto il virus attraverso contatti eterosessuali, mentre solo il 50% dei tossicodipendenti non aveva fatto terapia prima dell'Aids. Ciò significa che c'è una larga fascia di persone che è a rischio di infezione da Hiv e non sa di esserlo e sviluppa Aids precocemente perché non ha fatto terapia". Dal rapporto dell'Iss emerge inoltre che lo scorso anno, rispetto al '98 è diminuita del 68% la trasmissione madre-figlio dell'Hiv, è diminuito del 18% il numero dei tossicodipendenti ma c'è stato un aumento del 24% dei casi di Aids per contatti eterosessuali.

Lombardia, Lazio e Emilia-Romagna sono le prime tre Regioni in vetta alla classifica dei casi di Aids. Complessivamente aumentano i malati che sono in vita grazie all'allungamento della sopravvivenza dovuto alle nuove terapie: nel '98 i malati viventi erano 14.317 mentre lo scorso anno erano 14.743. Non diminuisce secondo il Centro operativo Aids il numero delle persone che hanno contratto il virus Hiv (le stime rimangono a circa 90.000 persone infettate), come invece è avvenuto per i casi di Aids. Per questo occorre puntare sul nuovo sistema di sorveglianza delle infezioni, ha spiegato Rezza, con la necessaria applicazione dei criteri per il rispetto della riservatezza dei dati delle persone.



Un pericolo chiamato tubercolosi



I peggiori pericoli sanitari per i paesi in via di sviluppo si chiamano tubercolosi e Aids: l'80% del totale mondiale dei casi di tubercolosi si registra in una ventina di paesi del terzo mondo dove la percentuale sale al 95% per l'Aids. L'allarme è stato lanciato alla conferenza sulla "tubercolosi e lo sviluppo durevole", organizzata ad Amsterdam dalla banca mondiale e dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

Le due malattie sono strettamente intrecciate perchè l'una, l'Aids, contribuisce allo sviluppo dell'altra, la tubercolosi: così hanno stimato i ministri della sanità e dell'economia dei venti paesi più colpiti, riuniti per la prima volta in una conferenza del genere. Secondo gli esperti l'Aids è responsabile del 15% dei nuovi casi di tubercolosi nel mondo ed è la causa principale della crescita di questa malattia in Africa, dove la metà dei pazienti tubercolotici è anche sieropositiva. "Le due epidemie avanzano mano nella mano e, in alcuni paesi africani, la loro sinergia mortale ha quadruplicato i numeri dei casi di tubercolosi nel corso degli ultimi decenni", ha detto Peter Piot, direttore esecutivo dell'agenzia dell'Onu incaricata nella lotta contro l'Aids.

"Quando i portatori sani del bacillo della tubercolosi sono al tempo stesso sieropositivi, il rischio di sviluppare la malattia aumenta del 30%", ha sottolineato Arata Kochi, responsabile della lotta contro la tubercolosi della Oms. Nel mondo intero, secondo dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, più di 33 milioni di persone sono infettate dall'Aids. La stragrande maggioranza (il 95%) vive nei paesi dove si registrano i tassi di tubercolosi più elevati. "Ad oggi - ha precisato Kochi - sono circa 11 milioni le persone infette contemporaneamente da entrambe le malattie". Oltre che in Africa, la situazione è giudicata "molto preoccupante" anche in Asia, dove si concentra il 70% del totale dei casi di tubercolosi: in India, ad esempio, il 60% dei malati di Aids è affetto anche da tubercolosi.

Ma la tubercolosi si sta riaffacciando anche nel mondo industrializzato: casi vengono segnalati nei paesi dell'est Europa. A preoccupare l'Oms anche il fatto che questa infezione - che un malato può trasmettere a 15 persone per anno e che nello stesso periodo può uccidere due milioni di persone - diventa sempre più resistente alle medicine oggi disponibili.

news

Indennizzi: protesta dei politrasfusi

In Italia 409 persone hanno contratto l'Aids o l'epatite C a causa di una trasfusione ma non sono indennizzabili perché hanno fatto domanda dopo la scadenza dei termini (3 anni per l'epatite, 10 per l'Aids); 67 persone sono decedute, ma i parenti non possono ottenere l'indennizzo (150 milioni) per lo stesso motivo (scadenza termini). Fra gli infermieri, 247 hanno contratto l'epatite C in servizio ma non sono indennizzabili in quanto la legge ha escluso dagli indennizzi gli operatori sanitari. Lo denuncia l'Associazione italiana politrasfusi, da anni in prima fila per ottenere una revisione della legge in questione.

Un batterio "guida" per il vaccino

La salmonella del tifo, il batterio responsabile delle comuni tossinfezioni alimentari, è il missile biologico con il quale un gruppo di ricercatori statunitensi sta mettendo a punto un vaccino anti Aids somministrabile per bocca. A finanziare il progetto di ricerca affidato all'Istituto di virologia umana di Baltimora, diretto da Robert Gallo, è la fondazione Iavi, l'Internazional Aids Vaccine Initiative. La speranza degli studiosi è realizzare un farmaco a bassissimo costo e facile da somministrare soprattutto nei paesi africani dove vive il 70% delle persone infettate con il virus Hiv. Il vaccino allo studio si basa sulle ricerche del virologo Andrew McMichael dell'Università di Oxford che ha individuato il motivo per il quale un gruppo di prostitute africane, esposte ripetutamente a contatti a rischio per Hiv, non si sono mai infettate. Il motivo, secondo il virologo, è la forte risposta immunitaria che queste prostitute hanno messo in atto grazie ad un particolare tipo di cellule chiamate linfociti T citotossici. L'idea dei ricercatori è di utilizzare l'unione di un pezzetto di Dna che produce una proteina di superficie del virus Hiv e mini-geni in grado di risvegliare la produzione delle cellule che combattono l'Hiv, il tutto veicolato dal batterio della salmonella che è stato reso inoffensivo.

STUDI **Aids** ai raggi X

BARBARA SABATINI

i CONA nasce nell'aprile del 1997 con l'obiettivo di diventare un osservatorio costante sull'AIDS. In tre anni seguendo il criterio dell'arruolamento *naive* alla terapia antiretrovirale - ossia pazienti che non hanno mai ricevuto un trattamento farmacologico per l'AIDS - sono stati inclusi ben 4200 pazienti. "Il database con i nominativi è inserito in internet - spiega la prof. Antonella D'Arminio Manforte, che cura la segreteria scientifica di ICONA - e ogni paziente deve dare il suo consenso attraverso un formato scritto. Entro quest'anno comunque ne verranno inseriti altri: tre anni per una malattia in evoluzione come l'AIDS sono infatti molti ed il progetto ICONA necessita di un costante aggiornamento, anche perché le possibilità terapeutiche attuali sono diverse da quelle del '97".

Che cosa è cambiato in questi anni?

"L'approccio al problema che è sostanzialmente diverso. In questi tre anni ICONA ha consentito un rapporto diretto con il malato e con le problematiche che la malattia comporta: i risultati sono stati presentati e discussi durante numerosi convegni, ed hanno consentito di far emergere particolarità che fino ad ora erano sconosciute. Purtroppo invece ciò che è rimasto costante è il fattore di rischio".

Su questo fronte quali sono le differenze fra uomo e donna che emergono da "Icona"?

Il 30% dei malati inseriti nel nostro data base è donna: si tratta di un risultato in linea con i dati degli altri paesi del sud europa. La maggiore differenza fra uomo e donna è nella trasmissione della malattia: nelle donne avviene - con un'alta percentuale - per via eterosessuale mentre negli uomini le principali cause di trasmissione sono la tossicodipendenza e i rapporti omosessuali. Un ulteriore differenza emerge poi nella reazione ai farmaci: a parità di terapia, nelle donne è

infatti maggiore la possibilità di riscontrare effetti tossici da farmaci, assenti invece nella maggior parte degli uomini.

Non si capisce comunque se questa tossicità e queste differenze di reazione al farmaco siano dovute alla maggiore attenzione che le donne rivolgono alle modificazioni che avvengono nel loro corpo - e quindi lamentano in maniera più accentuata i sintomi di quanto facciano gli uomini - oppure alla reale mancanza di tossicità nell'uomo. Occorre però tenere presente - prosegue D'Arminio Manforte - che i farmaci di solito vengono somministrati a dosaggio fisso, e quindi si sta poco attenti alla costituzione fisica del malato. Le donne di solito sono più magre e quindi le terapie possono apportare una dose maggiore rispetto al loro peso corporeo, alterando così le caratteristiche fisiche di una persona.

Icona si occupa anche dell'aspetto comportamentale della persona con Hiv?

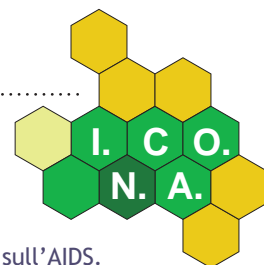
ICONA ha dedicato un apposito sotto progetto all'aspetto comportamentale: attraverso questo è possibile studiare a fondo la qualità della vita di un paziente, leggere le differenze fra uomo e donna, le loro specifiche responsabilità, il ruolo della famiglia e soprattutto il loro rapporto con la società. Per approfondire ogni aspetto, ai pazienti inseriti nel data base viene consegnato un questionario nel quale vengono poste domande specifiche. È uno strumento importante che cercheremo di far crescere nel tempo, perché possa consentire ai malati di ricevere la migliore assistenza ed uno standard di vita, mentre al personale medico di raggiungere risultati e terapie sempre più efficaci.

I numeri di ICONA

Si chiama ICONA (Italian Cohort Naive Antiretrovirals) il

progetto divenuto ormai punto di riferimento per gli studi sull'AIDS.

ICONA intende fornire valide risposte ai maggiori quesiti che riguardano la malattia: la durata e l'efficacia delle terapie, l'accesso ai farmaci e la qualità della vita dei malati. Per fare questo ICONA si prefigge la creazione di una coorte osservazionale di almeno 3000 persone sieropositive per HIV. L'ampia portata di questa iniziativa scientifica è testimoniata dalla presenza di 6 atenei italiani (Bari, Brescia, Bologna, Milano, La sapienza e Cattolica di Roma) e di ben 67 Centri di malattie infettive. Il Comitato scientifico è presieduto dal prof. Mauro Moroni, direttore della Clinica di Malattie Infettive dell'Università di Milano. Fra gli obiettivi degli studi osservazionali, il più significativo è rappresentato dalla registrazione dei dati clinico-biologici di un elevato numero di pazienti, per costruire un patrimonio nazionale in grado di fornire dati osservazionali e prospettici di varia natura: epidemiologica, clinica, biologica, socio-comportamentale, economica ed organizzativa. ICONA, oltre ad essere un valido strumento per monitorare la situazione dei malati di AIDS in Italia, costituisce una sorta di memoria storica, una guida utile per certificare i risultati raggiunti e stabilire obiettivi futuri.



b.s.

Obiettivo vaccino

ROSARIA IARDINO

La prima domanda è di rito: come stanno i Macachi?

A distanza di più di un anno dall'infezione con un virus altamente patogeno, 5 dei 7 macachi vaccinati non hanno ancora sviluppato alcun segno di malattia e, cosa ancora più importante, non presentano alcun segno di replicazione virale. Altri 2 macachi vaccinati hanno invece mostrato immediatamente segni di replicazione virale, anche se non

Barbara Ensoli è la ricercatrice italiana impegnata nella ricerca di un vaccino contro l'Aids.

ne indotta da Tat. In altre parole intendiamo ottimizzare la scheda della vaccinazione e il numero di richiami necessari. Terzo, l'obiettivo finale e, ovviamente più importante, è quello di trasferire al più presto il vaccino all'uomo.

In autunno, secondo le sue dichiarazioni, sarebbe dovuta cominciare la sperimentazione sull'uomo: ci sono speranze concrete?
In questi giorni si è finalmente

partner uomo infetto e vaccinato. Pertanto, sarà in grado di abbassare notevolmente la probabilità per la donna di rimanere infetta. Analogamente, la donna sieronegativa, se vaccinata, potrebbe risultare più resistente all'infezione o, eventualmente rimanga infetta, controllare la malattia. Ovviamente lo stesso discorso vale anche per l'uomo.

Si potrà parlare di maternità, senza alcun

ne. La contemporanea presenza del trattamento e della vaccinazione potrebbe abbassare ulteriormente questo rischio.

Se così non fosse, i bambini potranno essere vaccinati?
Dipende dai risultati che si otterranno dalla sperimentazione di questo vaccino sull'uomo. In linea teorica si potrebbero vaccinare anche i bambini.

Cosa consiglia a quelle donne che vogliono interrompere la terapia antiretrovirale, causa lipodistrofia, numero notevole di pasticche da ingerire...?

Capisco che questi effetti collaterali sono notevolmente sgradevoli. Tuttavia l'interruzione della terapia comporta quasi sempre un aumento della carica virale.

"... le donne hanno una probabilità almeno otto volte più alta dell'uomo di prendere l'infezione tramite i rapporti eterosessuali. Questo vaccino dovrebbe contribuire a mantenere bassa la carica virale nel partner uomo infetto e vaccinato..."

hanno ancora sviluppato la malattia. Tutte le scimmie non vaccinate ed infettate hanno presentato subito e presentano ancora i segni della replicazione virale e di deplezione delle cellule CD4+ (target dell'infezione virale).

Tutti stiamo guardando speranzosi a lei e alla sua équipe del Laboratorio di Virologia dell'ISS. Quali sono gli obiettivi che vi siete prefissi?

Un primo obiettivo è, senza dubbio, quello di migliorare la formulazione del vaccino sperimentando differenti approcci di vaccinazione. Secondariamente è importante verificare quanto dura la protezione

trovata una soluzione al problema che fino ad oggi impediva la sperimentazione sull'uomo. Da oggi, grazie alla riforma sanitaria, sarà possibile una sperimentazione gestionale tra soggetti pubblici e privati per lo sviluppo e la sperimentazione del vaccino contro l'AIDS.

La sperimentazione del vaccino, quali modifiche apporterà nella nostra vita di donne?

Le donne hanno una probabilità almeno otto volte più alta dell'uomo di prendersi l'infezione tramite i rapporti eterosessuali. Questo vaccino dovrebbe contribuire a mantenere bassa la carica virale nel

rischio per il bambino?

Si potrà certamente parlare di ridurre notevolmente il rischio per la donna sieropositiva di mettere alla luce un bambino infetto. Questo rischio è già ora basso se la donna è in trattamento con i farmaci antiretrovirali, specialmente quelli di ultima generazione.



le nel sangue, abbassamento dei CD4 e, conseguentemente, un peggioramento delle condizioni generali. Si stanno comunque sperimentando nuove formulazioni di farmaci in cui la quantità di pastiglie da prendere sarà minore. Anche in questo campo, quindi, si stanno facendo notevoli passi avanti.

Nel vostro studio avete pensato di effettuare una somministrazione distinta fra uomini, donne e bambini causa diversa conformazione fisica? Se sì, sarà personalizzata?
Non lo sappiamo ancora. Queste scelte dipenderanno dai risultati della sperimentazione sull'uomo.

Il vaccino darà effetti collaterali? Ci sono controindicazioni per le persone che già adoperano altri farmaci per altre patologie?

Nei nostri studi sulle scimmie abbiamo dimostrato che il vaccino non è assolutamente tossico. Tuttavia, non possiamo dare una risposta definitiva a questa domanda se non al termine della sperimentazione del vaccino sull'uomo.

Un pensiero al femminile....per un periodico che parla alle donne e che vuole parlare D+?

Attente alla trasmissione del virus da un partner che non conoscete, ma anche se lo conoscete non fidatevi (se non sapete con certezza lo stato sierologico). Vale la regola di lasciare a casa le passioni emotive e di utilizzare la ragione.

Parliamo di Hiv on-line

A CURA DI FRANCESCA
DEL ROSSO

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 e da condividere... segnalatemeli via email! fdelrosso@hotmail.com

Aids e forum

Un sito internet dove trovare moltissimi forum fra cui uno relativo ai generi "GENDER-AIDS". Questo uno dei messaggi di informazione:

33,6 milioni di persone convivono con HIV/AIDS, 14,8 milioni di loro sono donne.

5 milioni di adulti hanno contratto l'AIDS nel 1999, 2.3 milioni sono donne.

2,1 milioni di persone sono morte di AIDS nel 1999, 1,1 milioni di queste sono donne.

http://www.hivnet.ch/fdp/Forum_Center_Channel/forum_center_channel.htm

Durban, 4-11 luglio 2000: un appuntamento da non perdere

Il sito della tredicesima conferenza internazionale sull'AIDS. Un appuntamento importante che si svolgerà in Sud Africa. Per le donne che non possono permettersi di volare fino alla città africana di Durban, ma che vogliono essere aggiornate sugli ultimi dati inerenti all'HIV.

<http://www.aids2000.com>

Donne e statistiche. Per saperne di più...

Qui è possibile avere un quadro e una panoramica dei casi di infezione in Italia. Le regioni geografiche e i generi più colpiti. Ma anche i rapporti più a rischio di contagio.

<http://www-aids.med.unibo.it/itastat>

Pubblicazioni, documenti e database

Consultazione online di articoli e ricerca attraverso parole chiave nel database di dati bibliografici, manifestazioni in Svizzera e altrove, collezione di storici manifesti AIDS e soprattutto numerosa documentazione, pubblicazioni e materiale didattico disponibile online e su prenotazione.

<http://www.hivnet.ch/aid-ch/i/>

Libri al femminile

Una serie di libri e risorse web sul genere femminile e l'AIDS. Un sito dove poter trovare e comprare online testi di carattere medico, legale e sociale sulla prevenzione e la cura dei casi di HIV. Tutto in inglese!

<http://www.growthhouse.org/books/womenhiv.htm>



Salviamo

i bambini

ARTHUR J. AMMANN
PRESIDENT - GLOBAL STRATEGIES FOR HIV PREVENTION
(TRATTO DA IAS INTERNATIONAL AIDS SOCIETY
TRADUZIONE DI SIMONE CERRI)

quando il trial clinico, ora noto come ACTG 076, fu disegnato, aveva come obiettivo di massimizzare l'efficacia e minimizzare la tossicità dell'AZT durante la gravidanza e nel neonato, nonostante la terapia con AZT non sia iniziata fino al secondo trimestre e i neonati siano stati trattati solamente per le prime sei settimane dopo la nascita. Per massimizzare l'efficacia e per minimizzare il numero delle donne in gravidanza e dei feti esposti all'AZT, il trial clinico ha usato anche placebo. La correttezza di queste decisioni sono state validate quando lo studio è stato sospeso precocemente perché all'analisi preliminare dimostrava una riduzione del 68% nell'infezione da HIV nei neonati (8% della trasmissione di HIV nel gruppo AZT e il 26% di trasmissione di HIV nel gruppo placebo) dopo solamente 477 donne incinta e dopo che i casi dei loro figli furono valutati. L'applicazione della terapia AZT per la prevenzione della trasmissione perinatale del virus HIV ha avuto un profondo impatto nei Paesi in via di sviluppo culminato con l'eliminazione di nuove infezioni nei bambini in molte aree metropolitane e un tasso minore delle stimate 300 nuove infezioni infantili per anno negli States.

Il fatto di testare le infezioni prenatali e di assicurare una terapia antiretrovirale combinata e il parto cesareo ha inoltre ridotto la trasmissione dell'HIV a meno del 3% nei diversi studi clinici negli USA e in Europa.

Cosa è possibile fare concretamente nei Paesi in via di sviluppo dove 1600 neonati nascono ogni giorno già infetti? Si sperava che cicli più corti di terapia con AZT avrebbero potuto abbassare i costi della prevenzione perinatale dell'HIV e fossero quindi universalmente applicabili. Nel 1998 uno studio dei CDC in Thailandia venne concluso utilizzando un ciclo breve di terapia con AZT (quattro settimane), su donne incinta infette da HIV, durante l'ultimo trimestre di gravidanza e a chi non aveva allattato al seno. Il grado di riduzione nella trasmissione perinatale dell'HIV era comparabile al ciclo completo di trattamento ACTG 076. Nonostante lo studio CDC/thailandese definisse un approccio potenzialmente meno costoso alla prevenzione dell'HIV, approssimativamente 50 dollari contro i 900, anche questo importo rimane inaccessibile per la maggior parte dei Paesi in via di sviluppo, dove le incertezze dell'economia globale hanno reso difficoltosa l'implementazione.

Può il costo della prevenzione farmacologica (terapia AZT e altre terapie antiretrovirali) essere ulteriormente abbassato? Una recente analisi retrospettiva sui risultati dell'infezione da HIV in bambini nati da donne infette, che avevano ricevuto una terapia breve con AZT, suggeriscono che questo potrebbe essere possibile. La percentuale di trasmissione per bambini nati da madri che avevano ricevuto trattamento prenatale con AZT era il 6%; per madri che avevano ricevuto AZT solo nel periodo intraparto, la trasmissione era del 10%; per i neonati ai quali è stato somministrato AZT precedentemente alle 48 ore dalla nascita, ma le cui madri non erano state sottoposte alla stessa terapia, la trasmissione è stata il 9%. I neonati che hanno ricevuto AZT dopo 48 ore ebbero un indice di trasmissione del 18%, comparabile all'indice delle madri che non sono state sottoposte a trattamento. Se questi studi possono essere considerati validi, si intuisce che il trat-

tamento solo del neonato, immediatamente dopo la nascita, può dare come risultato una significativa riduzione della trasmissione dell'HIV, abbassando in tal modo drammaticamente i costi del farmaco. Interessante, come riferisce l'UNAIDS, lo studio Petra il quale ha dimostrato che cicli abbreviati di AZT in combinazione con 3TC somministrato alla madre a partire dalla 36^a settimana dalla gestazione e continuando senza interruzioni fino a una settimana dopo il parto, ottiene una riduzione della trasmissione dell'HIV del 50% comparato al placebo, rispetto al 37% di quando la madre ha ricevuto il trattamento solo intraparto e una settimana dopo il parto. Il trattamento intraparto della sola madre ha dato un esito simile a quello del placebo. Questi risultati sono stati ottenuti mentre l'allattamento veniva continuato fino a sei settimane. I risultati dello studio, dopo sei settimane di vita del

... non siamo certi di quante vite sono andate perse, ma i benefici dell'AZT come prevenzione farmacologica sono sembrati più efficaci delle più ottimistiche previsioni, con meno di 300 neonati nuovi infetti ogni anno...

bambino, non erano ancora stati analizzati, ma sono critici in quanto i risultati preliminari non hanno mostrato un convincente vantaggio dell'utilizzo dell'AZT con 3TC sugli altri studi in cui veniva utilizzato solo l'AZT. Il bisogno di sviluppare terapie di prevenzione più semplici, più economiche e meno intensive rimane un'alta priorità per la ricerca, diretta a ridurre i 600.000 nuovi casi di infezione nei bambini nati ogni anno nei paesi in via di sviluppo. È essenziale per definire ulteriormente l'efficacia delle terapie antiretrovirali nella prevenzione della trasmissione dell'Hiv in un contesto di allattamento al seno continuativo di durata variabile, l'impatto sulla morbilità e mortalità dei bambini in caso venga utilizzato un sostituto del latte materno. I risultati preliminari da Nairobi, che paragonano la trasmissione di Hiv nei bambini allattati al seno rispetto ai latti formulati senza l'utilizzo di AZT, hanno mostrato un significativo decremento della trasmissione del virus, senza alcun incremento della mortalità con l'alimentazione con latte formulato. Si richiede una ulteriore valutazione poiché lo studio si era sviluppato in circostanze non estendibili ad altre realtà. Studi dettagliati sul latte materno sono auspicabili per meglio definire l'attività infettiva dell'HIV nelle varie componenti del latte materno, l'effetto delle varie procedure di inattivazione sull'Hiv e i micronutrienti e sul ruolo dei fattori inibitori dell'Hiv presenti nel latte materno. Un'ulteriore area di ricerca è quella di aumentare l'immunità per prevenire la trasmissione dell'HIV. Non c'è stata una spiegazione chiara e scientifica del perché dal 70 al 75% di neonati non sono stati infettati in seguito all'esposizione all'Hiv e perché AZT, uno dei meno potenti antiretrovirali, è così efficace nella prevenzione del virus. È possibile che l'AZT sia sinergico o altrimenti funzioni in maniera inadeguata sui livelli dell'immunità sistemica o locale. Se i vaccini sono serviti per aumentare l'immunità in individui già infetti, la sinergia potrebbe essere potenziata. Questo sta a significare che gli studi sui vaccini dell'Hiv per aumentare la risposta sistemica materna o l'immunità della mucosa vaginale dovreb-



TERZO MONDO

Il dramma dell'

bero avere la massima priorità. In vista del fatto che la trasmissione perinatale dell'Hiv nel mondo è lontana dall'essere ridotta allo stesso grado nei Paesi in via di sviluppo utilizzando i protocolli di efficacia esistenti, la ricerca deve continuare verso entrambi i meccanismi di trasmissione. Capire perché la corioamnionite e la rottura prolungata delle membrane contribuiscano all'incremento della trasmissione dell'HIV sono argomenti da valutare. I dati degli stu-

di volti a ridurre l'esposizione al virus dell'Hiv durante la nascita non hanno dimostrato alcun beneficio di un approccio come quello della detersione vaginale, sebbene è stato dimostrato un effetto sulla mortalità perinatale non derivante dall'Hiv. Nonostante ciò sia chiaro, da recenti studi europei sul solo parto cesareo o in combinazione con una terapia antiretrovirale, può portare una ulteriore significativa riduzione nella trasmissione perinatale dell'HIV, sottolineando il fatto che alcune infezioni possono essere acquisite durante il passaggio attraverso il canale vaginale. Gli affascinanti risultati dello studio osservazionale che suggerirono che l'AZT potrebbe prevenire l'infezione se dato solo ai bambini fino a 48 ore di età richiedono ulteriori conferme.

Se vero, questo approccio di prevenzione potrebbe includere un gran numero di donne Hiv positive e i loro bambini che non ricevono cure prenatali e arrivano all'osservazione solo durante il travaglio e il parto. Questa possibilità stimola il bisogno di testare il giorno stesso se questo approccio deve essere implementato. Il trattamento del solo bambino potrebbe ridurre il costo dell'AZT per la prevenzione da 10 dollari a meno di 5 (...).

Quanto è in grado di svolgere la ricerca scientifica al fine di risolvere le più stimolanti e impegnative questioni circa la salute pubblica internazionale? Chiaramente non è certo in grado di risolvere tutti i problemi esistenti. In seguito alle richieste dei loro colleghi dei Paesi in via di sviluppo i ricercatori hanno insistito per trovare metodi di prevenzione perinatale dell'Hiv più semplici e meno costosi, ma hanno trovato intoppi sulla strada risolutiva principale. Alcuni di questi sono di natura economica, altri di carattere politico. Gli ostacoli economici sono facilmente comprensibili, anche se rimangono duri da essere accettati. Quando l'AZT del trial clinico Thailandia/CDC è stato completato avrebbe dovuto essere implementato universalmente attraverso la Thailandia. La crisi economica asiatica ha però fatto cambiare tutta questa situazione e ora molte donne in stato di gravidanza affette da HIV devono aspettare il recupero del bilancio finanziario di una Nazione e di una Regione per potersi curare (...). Non siamo certi di quante vite sono andate perse, ma i benefici dell'AZT come prevenzione farmacologica sono sembrati più efficaci delle più ottimistiche previsioni, con meno di 300 neonati nuovi infetti ogni anno (...).

Ogni minuto il virus dell'Aids provoca nel mondo 10 nuove infezioni, pari a 15.000 al giorno. Il 95% di queste avviene nei paesi in via di sviluppo, dove l'Aids, "prima ancora di un problema di sanità pubblica - sostiene il virologo Stefano Vella - sta diventando una minaccia allo sviluppo economico e all'ordine pubblico". L'allarme viene soprattutto dall'Africa, ma è in Asia che attualmente il virus si sta diffondendo di più, soprattutto in India e Cina (dove si teme che l'Aids possa minare lo sviluppo). Preoccupante anche la situazione in Russia. Dei 50 milioni di persone che nel mondo hanno finora contratto l'infezione e dei 33,6 milioni in vita con il virus, oltre 23 milioni sono africani. "Sono cifre gravissime - dice Vella - e per avere



Africa

un'idea della loro portata basti pensare che l'Africa è un continente sottopopolato e che in molti Paesi sono state intraprese da tempo politiche di prevenzione". L'annunciata riduzione dell'85% dei prezzi dei farmaci e il piano Marshall per l'Africa lanciato dalla Banca Mondiale non sono quindi che i primissimi passi nella lotta contro l'epidemia in questi Paesi, se si pensa che secondo le stime dell'International Aids Society entro il 2010 alcuni Stati dell'Africa Sub-sahariana (compreso il Sudafrica) perderanno un quarto della loro popolazione attuale. Dei 2,6 milioni di morti provocate dall'Aids nel 1999, 2,2 milioni sono avvenute in Africa.



Nel resto del mondo le cifre più alte si registrano nel Sud-Est asiatico (320.000), America Latina (49.000) e Caraibi (29.000). In Europa Occidentale sono state 9.600 e in Nord America 14.000. In almeno cinque Paesi africani, dal 1990 ad oggi, l'aspettativa di vita si è ridotta di 10-15 anni, scendendo ai livelli registrati alla

La riduzione dell'85% dei prezzi dei farmaci e il piano Marshall per l'Africa lanciato dalla Banca Mondiale non sono che i primissimi passi nella lotta contro l'epidemia.

fine degli anni '40 in Botswana e Zimbabwe (da 55-60 anni agli attuali 45-50) e ai livelli dell'inizio degli anni '40 in Zambia, Uganda e Malawi (da 50 a 40 anni). Sempre dall'inizio degli anni '90 è invece aumentato progressivamente il numero delle donne in gravidanza sieropositive, che in una regione del Sudafrica, il KwaZulu Natal, sfiora ormai il 30%. Contro l'emergenza, secondo Vella è necessario trovare nuove strade, basate o su nuovi farmaci più semplici da somministrare e più tollerabili, oppure su nuove strategie (ad esempio, puntando a potenziare le difese immunitarie). Per l'emergenza non si può puntare invece sul vaccino, dato che la sperimentazione e lo sviluppo richiedono almeno dieci anni.

Una speranza dalla terapia intermittente

Per la prima volta al mondo l'Italia si prepara a sperimentare in modo controllato le interruzioni programmate della terapia, con il duplice scopo di rendere le cure più facili e accessibili e di permettere al sistema immunitario di rafforzare la sua risposta contro il virus. Lo studio si chiama Part (Pulsed Anti-Retroviral Therapy) ed è stato presentato a Roma, all'Istituto superiore di sanità (Iss), dal virologo Stefano Vella, presidente eletto dell'International Aids Society. L'annuncio, a poco meno di due mesi dal congresso mondiale dell'Aids (in programma in Sudafrica, a Durban, dal 9 al 14 luglio), pone così l'Italia in prima fila contro l'emergenza Aids in Africa e negli altri Paesi in via di sviluppo. Per Vella quello italiano "è finalmente uno studio Nord-Sud" perché "pur essendo sviluppato in un Paese occidentale si rivolge anche ai Paesi del Sud del mondo". Una terapia intermittente potrebbe infatti significare l'accesso alle cure "per migliaia e migliaia di persone non solo grazie all'abbattimento dei costi dei farmaci, ma anche per la riduzione del carico di lavoro per

le strutture sanitarie".

Finanziato dall'Iss, lo studio Part coinvolge 90 centri di tutta Italia, durerà tre anni e prevede di arruolare 900 pazienti nella fase intermedia della malattia (in fase avanzata non sarebbero

consigliabili interruzioni programmate). "Oggi non si parla più di eradicare il virus - ha proseguito Vella - ma di controllare l'infezione a lungo termine". Il progetto era pronto da due anni, ha detto ancora il virologo, "ma solo adesso studi preliminari hanno dimostrato che interrompere la terapia per brevi periodi è possibile". Lo studio, che potrebbe partire entro l'anno, prevede interruzioni di 4 mesi che potranno essere allungate progressivamente. Nei periodi di interruzione delle cure i pazienti saranno controllati costantemente ed ogni fase del progetto sarà seguito sia da un comitato guida (in definizione in questi giorni) e da un comitato internazionale di esperti. Insieme all'Olanda l'Italia è coinvolta in un altro progetto, chiamato Petra 2, che avrà dirette ripercussioni sull'andamento dell'infezione da Hiv in Africa. Lo studio, che sarà avviato a fine anno in Uganda e Tanzania, è stato presentato da Vella e da Joep Lange, dell'università di Amsterdam. L'obiettivo è abbattere la trasmissione del virus Hiv da madre a figlio e combinando terapie da somministrare nel periodo del parto e terapie da seguire durante l'allattamento. "In Africa - ha detto Lange - non si può non allattare: il latte è una fonte di nutrimento preziosa e una difesa contro numerosissime infezioni. Di conseguenza è necessario bloccare il virus una volta che questo viene trasmesso al bambino dal latte materno..."

L'attività del COA (Centro Operativo Aids)

Rezza: «La privacy prima di tutto»

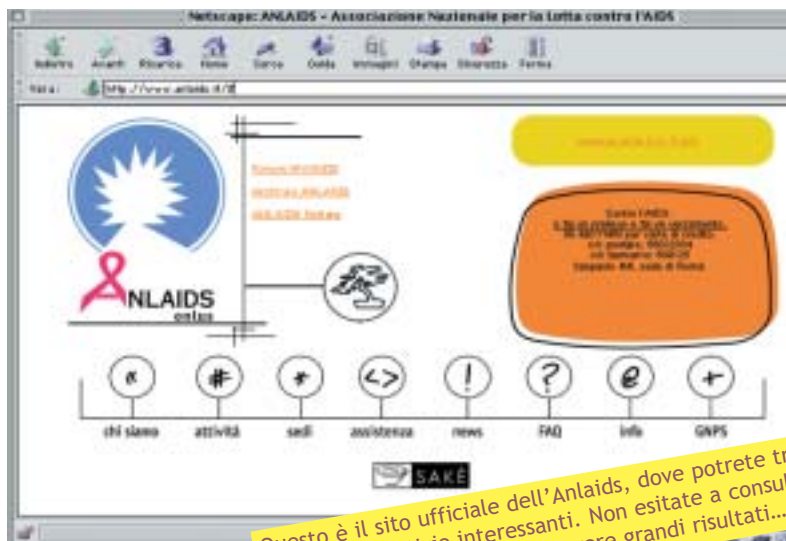
era il 1982 quando negli Stati Uniti, venne segnalato il primo caso di AIDS: da allora la curva dei casi di infezione ha subito un'impennata ed è stato sempre più necessario tenere sotto controllo il fenomeno. In Italia, la raccolta dei dati è iniziata nel 1982 e successivamente nel giugno del 1984 si è avuta la formalizzazione del sistema di sorveglianza. A partire dal 1987 la notifica dei casi di AIDS è quindi divenuta obbligatoria e da allora se ne occupa il COA, Centro Operativo AIDS, dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con le regioni italiane. Il COA provvede ad analisi periodiche dei dati, e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto trimestrale.

"Il registro - spiega il dott. Gianni Rezza, direttore del COA - soprattutto fino al '95, anno in cui l'AIDS ha toccato il picco epidemico, è stato efficacissimo per analizzare l'andamento della malattia: ora invece necessita di essere affiancato da altri sistemi di sorveglianza poiché l'effetto delle terapie tende a nascondere i casi di AIDS, non perché non esiste più il serbatoio dell'infezione, ma solo perché le persone infette non sviluppano la malattia". "Quindi a livello regionale - prosegue il prof. Rezza - si stanno allestendo nuovi sistemi di diagnosi di infezioni da HIV che prevedono la separazione dei malati conclamati da quelli sieropositivi, attraverso codici che evitano le doppie cont". È grazie a questi sistemi che la ricerca riesce ad avere un'immagine più aggiornata dell'epidemia, poiché non appena una persona diviene sieropositiva i sanitari provvedono a notificarla". Per quanto riguarda la realtà femminile, negli ultimi anni la proporzione delle pazienti tra i casi adulti è andata progressivamente aumentando: un ruolo fondamentale nell'ambito della diffusione della malattia, secondo i dati diffusi dall'osservatorio, è rappresentato dal cambiamento comportamentale. "L'infezione - afferma Rezza - tende infatti a diffondersi lentamente al di fuori dei classici gruppi ad elevata frequenza di comportamenti a rischio, configurandosi sempre più come una classica malattia a trasmissione sessuale". Attraverso il registro è anche possibile avere un quadro completo delle differenti realtà regionali italiane sulla malattia: "Nel nord - sostiene Rezza - l'impatto dell'AIDS sulla popolazione è sempre stato maggiore rispetto alle regioni meridionali, in particolare nelle grandi aree urbane di Lombardia, Liguria ed Emilia Romagna; mentre nel centro sud è la Regione Lazio a registrare il più alto numero di malati. Più tranquilla è invece la situazione al sud".

"Per garantire al massimo la privacy dei malati - conclude Gianni Rezza - la commissione nazionale AIDS ha varato un codice unico che deve escludere il nome ed il Comune di residenza, al fine di impedire l'identificazione del malato iscritto al registro".

b.s.

www.anlaids.it



Questo è il sito ufficiale dell'Anlaids, dove potrete trovare un mare di notizie interessanti. Non esitate a consultarlo. Basta poco tempo per avere grandi risultati...

Periodico per le donne che si occupano di HIV
Parliamo D+

Direttore responsabile:

Rosaria Iardino

Vice Direttore:

Anna Ebro

Direttore editoriale:

Sabrina Smerrieri

Coordinamento generale:

Mauro Boldrini, Gino Tomasini

Redazione:

Maria Elena Barnabi

Carlo Buffoli

Valeria Calvino

Simone Cerri

Francesca Del Rosso

Laura Dragosei

Margherita Errico

Daniela Guidotti

Donatella Maineri

Barbara Sabatini

Susanna Scardella

Laura Simoni

Renato Spaventa

EDITORE

INTERMEDIA srl, via Malta 12/c

25124 Brescia

Tel. 030.226105

fax 030.2420472

via della Giuliana 101

00162 Roma

Tel. 06.39733656

fax 06.39720245

mediabs@tin.it

COMITATO SCIENTIFICO

Fernando Aiuti

Gioacchino Angarano

Claudia Ballotta

Antonella D'Arminio Monforte

Barbara Ensoli

Carlo Giaquinto

Giuseppe Ippolito

Mauro Moroni

Giorgio Pardi

Stefano Vella

Paola Verani

Alessandra Viganò

Galli Massimo

COMITATO ETICO-SOCIALE

Rosy Bindi

Marida Bolognesi

Ombretta Colli

Fiore Crespi

Francesca Danese

Gabriella Gavazzeni

Maria Adelaide Ghenzer

Domiziana Giordano

Carmela Maietta



Coordinamento Nazionale Persone Sieropositive

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 Spa