

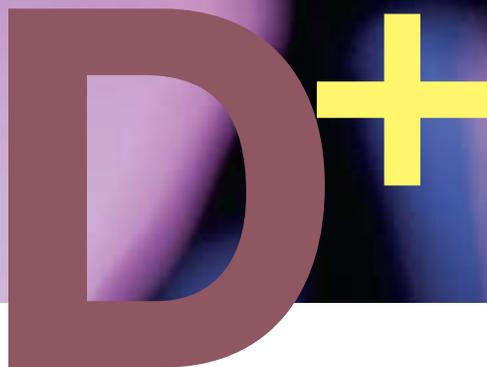
che si occupano di HIV

Periodico per le donne

# Parliamo



Gruppo Nazionale Persone Sieropositive Anlaids



EDITORIALE

## La spinta di Pretoria

**I**l prossimo luglio si terrà a Genova il G8, l'incontro degli otto Paesi più industrializzati del mondo. In quella sede si riparerà dell'accesso alle cure da parte di tutte le persone con Hiv, soprattutto quelle che vivono nei paesi in via di sviluppo: Africa, America Centrale, Europa dell'Est.

La sconfitta di "Big Pharma" in Sud Africa, e la risonanza mediatica che ha avuto il processo di Pretoria, hanno contribuito ad animare

molte coscienze: ora si spera che altrettanti fondi vengano stanziati per intervenire concretamente in quei Paesi dove l'Aids sta spazzando via un'intera generazione di uomini e donne. Per questo a luglio saremo a Genova per combattere e sostenere il diritto di tutti a potersi curare.

Questa battaglia civile non ci deve però distrarre dai nostri problemi: vorrei ricordare che in Italia ci sono ancora tanti, troppi sieropositivi chiusi in carcere che non hanno accesso alle terapie, moltissimi immigrati senza permesso di soggiorno ai quali non viene garantita un'assistenza sanitaria adeguata. Recentemente è stato pubblicato il rapporto della Commissione



IN QUESTO NUMERO

**2** Speciale Africa

**14** Fragili e dimenticate

**16** Intervista al prof. Fernando Aiuti



**23** La voglia di un figlio



## La spinta di Pretoria

"Donne e Salute Hiv", presieduta dal ministro per le Pari Opportunità, Katia Bellillo (ne diamo conto all'interno).

Da questa rilevazione emerge con chiarezza come il numero

dei nuovi casi di infezione sia in costante aumento proprio nelle donne e come per noi donne non sia previsto alcun intervento specifico. Credo che per gli attivisti Occidentali la lotta all'Aids nei confronti dei Paesi del Terzo mondo debba continuare con una forza e un impegno maggiori, ma attenzione: non dimentichiamo che le battaglie di casa nostra non solo non sono state vinte, ma se ne prospettano alcune nuove. Uno dei problemi emergenti è il desiderio, da parte delle persone sieropositive, di progettare la vita con un proprio figlio. Un desiderio a cui cercheremo di dare delle risposte il 9 e 10 giugno nel workshop "Essere genitori vivendo con l'Hiv" che Gita (Gruppo italiano terapie antihiv) e Anlaidis sezione Lombardia hanno organizzato a Milano (hotel Quark, via Lampedusa 11/A). Questo evento, che è il primo workshop nazionale sul tema dell'essere genitori delle persone con Hiv, sarà rivolto sia alle copie concordanti che a quelle discordanti e coinvolgerà anche gli infermieri dei centri Aids, gli operatori delle strutture pubbliche e i volontari di associazioni di lotta all'Aids.

*Rosaria Iardino*

# Speciale Africa

A CURA DI GINO TOMASINI

## Scacco al re

**P**er il momento la vita dei 25 milioni di sieropositivi che vivono in Africa vale di più del brevetto di un farmaco antiretrovirale. I giudici dell'Alta Corte di Pretoria, chiamati a dirimere una contesa che di fatto poneva di fronte due concezioni del mondo e della vita

# Medici senza frontiere: la vittoria di Davide su Golia

**L**a conclusione della vicenda giudiziaria tra le 39 multinazionali del farmaco e il governo di Pretoria apre la strada all'entrata in vigore del "Medicines Act" del 1997, la legge che permette l'importazione di medicine a basso prezzo ed un utilizzo più esteso dei farmaci generici di qualità.

«Ora nulla dovrebbe ostacolare il cammino dei paesi che vogliono garantire l'accesso ai farmaci sul lungo termine».

«Questo è il vero trionfo di Davide su Golia - dice Zachie Achmat, responsabile di Tac -, non solo per noi qui in Sudafrica, ma per la gente di tanti altri

Paesi in via di sviluppo che combattono per avere accesso alle cure sanitarie. Siamo stati incoraggiati e rafforzati dal supporto che abbiamo ricevuto da tutto il mondo e siamo particolarmente grati ai 285.000 cittadini e alle 140 organizzazioni di 130 differenti Paesi che hanno firmato la petizione mondiale "abbandonate il caso"». L'esito del processo segnala un incredibile spostamento nell'equilibrio tra i Paesi in via di sviluppo e le case farmaceutiche. Dice a chiare lettere ai capi di stato africani che le vite devono e possono avere la precedenza sui brevetti.

«Ora nulla dovrebbe ostacolare il cammino dei paesi che vogliono garantire l'accesso ai farmaci sul lungo termine» sostiene Ellen't Hoen, consulente legale

difficilmente conciliabili - la salute come profitto e la salute come diritto fondamentale, fuori dal mercato - non sono nemmeno entrati in camera di consiglio.

Le 39 multinazionali che volevano intimare al governo del Sudafrica il divieto di "copiare" le medicine coperte da brevetto (due milioni di lire il costo pro capite imposto dal-

le case farmaceutiche per una terapia anti Aids al lordo di ricerca, marketing e copyright contro le circa 600 mila lire delle combinazioni fabbricate in Thailandia, India o Brasile) hanno gettato la spugna.

Decisiva per questo storico dietrofront è stata la spinta delle principali organizzazioni umanitarie, che da subito hanno fatto muro, chia-

mando a raccolta le coscienze di ognuno: il Sud Africa ha 4 milioni di sieropositivi, il 10% degli abitanti; in Kenya la popolazione rischia di essere dimezzata dall'epidemia; l'aspettativa di vita di quella dello Zimbabwe è scesa a 40 anni, come nell'antica Roma; l'anno scorso l'Aids ha ucciso in Africa 600 mila bambini: uno al minuto.

## L'Aids in Sudafrica

In Sudafrica è sieropositivo:

- il 16% della popolazione adulta;
- il 23% delle donne incinte;
- il 45% dei soldati.

I sieropositivi neri sono dieci volte più numerosi di quelli bianchi.

## Le ragioni del conflitto

Tra il 1998 e il 2001 c'è stata forte tensione fra il governo sudafricano e le case farmaceutiche multinazionali, sostenute dal Dipartimento per il Commercio Estero statunitense e dal vicepresidente Al Gore, che aveva ricevuto un appoggio economico per la campagna elettorale del 1996. Il Sudafrica aveva richiesto alle compagnie di fornire farmaci anti-AIDS a prezzi in grado di coprire i costi marginali di produzione ma non i profitti da monopolio. Dopo la risposta negativa, ha introdotto il Medicine Act per favorire la produzione locale su licenza obbligatoria e le importazioni parallele. Le pressioni politiche e commerciali americane sono cessate solo dopo essere state svelate da un giornalista, ma un nuovo prestito al governo sudafricano, deciso dal Congresso, è stato vincolato all'acquisto di farmaci made in USA.

Il governo sudafricano è stato citato in tribunale da 39 case farmaceutiche. Sotto la pressione dell'opinione pubblica internazionale le 39 aziende hanno abbandonato la causa nell'aprile 2001.

Il Progetto MSF di prevenzione all'AIDS ha avuto un forte impatto sulla popolazione, e la malattia è ora considerata un problema di vitale importanza per la comunità: i malati si sono organizzati in gruppi di supporto e di discussione. È nato un movimento per il diritto al trattamento e le Organizzazioni Non Governative si sono associate.

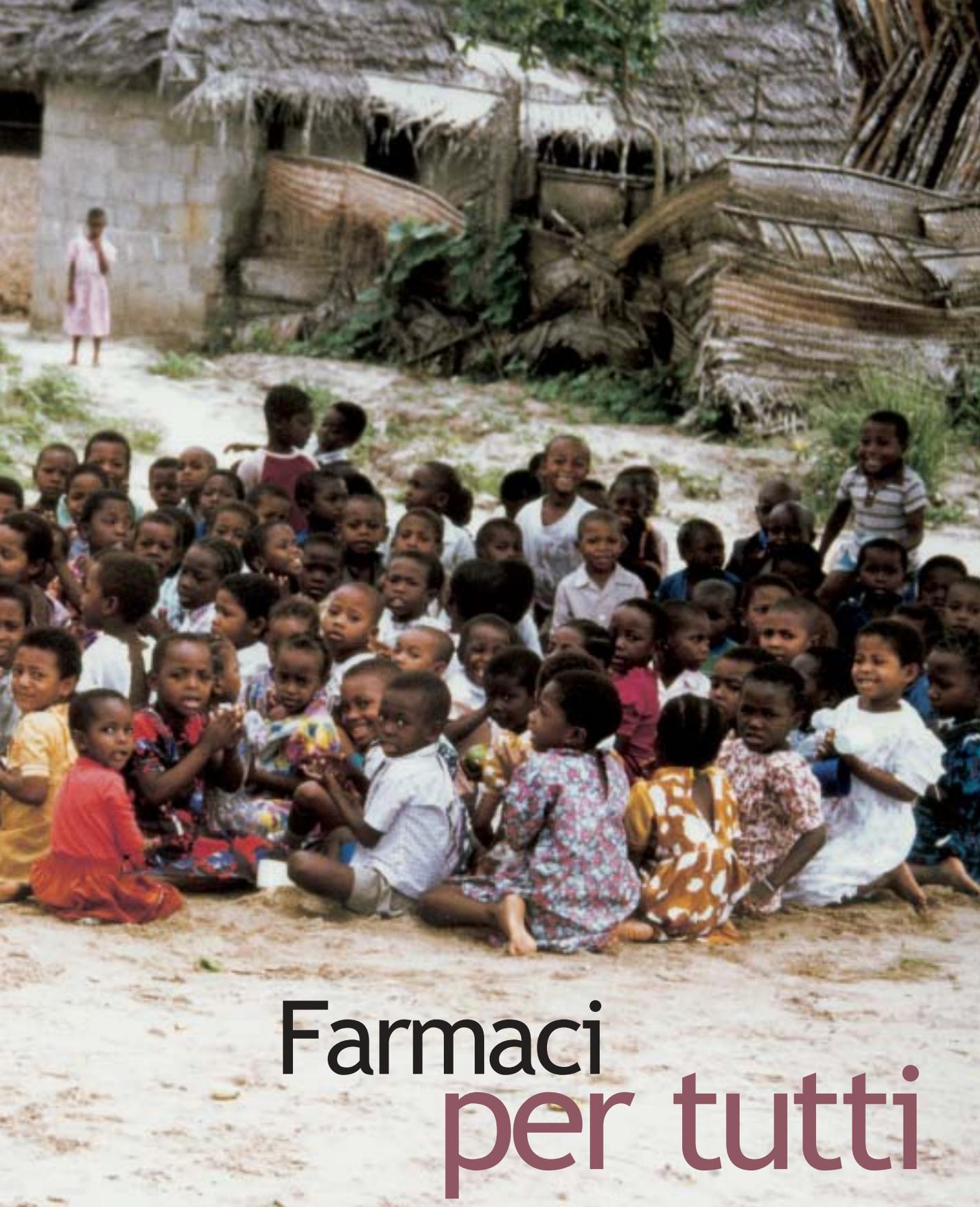


di MSF. L'esito di questa vicenda aiuterà i Paesi ad avvalersi pienamente dei propri diritti all'interno degli accordi commerciali internazionali utilizzando quelle misure di tutela della salute come l'importazione parallela e la licenza obbligatoria.

Un gruppo di nazioni africane ha già preso l'iniziativa di difendere la sanità pubblica indicendo una seduta speciale dell'Organizzazione Mondiale del Commercio per esaminare l'impatto

delle regole internazionali in materia di brevetti sulla salute (la seduta avrà luogo a Ginevra il 18 giugno prossimo al WTO's Trips Council).

Secondo Kevin Watkins di Oxfam: «Si tratta di una rara ed assai significativa vittoria dei poveri sulle potenti multinazionali! Ora la nostra sfida è lavorare insieme ai produttori di farmaci ed ai governi perché le medicine arrivino a chi ne ha bisogno».



# Farmaci per tutti



Speciale Africa

**n**el 1999, Medici senza frontiere ha lanciato una campagna internazionale per promuovere l'Accesso ai Farmaci Essenziali, a cui ha destinato i fondi del premio Nobel per la Pace. Le nuove tecnologie mediche hanno

portato a progressi straordinari nel settore sanitario durante il ventesimo secolo, in termini di diagnosi e cura. Esempio ne sono i vaccini e la diffusione di antibiotici a partire dagli anni '40. Questi successi fanno ritenere alla maggior parte della

gente che i vantaggi di cui godiamo siano appannaggio di tutta l'umanità. La realtà è ben diversa. Da una parte il progresso scientifico non ha mai raggiunto certe latitudini, dall'altra riemergono vecchie patologie che si pensavano

sotto controllo, come la tubercolosi e la tripanosomiasi. Il risultato è che dopo 60 anni dall'introduzione degli antibiotici, le malattie infettive restano la principale causa di mortalità a livello mondiale. Ne sono vittime ogni anno circa 15 milioni di persone, di cui il 97% nei Paesi in via di sviluppo. In Africa subsahariana oltre il 50% delle morti è imputabile ad infezioni. In queste regioni, malaria, tubercolosi e Aids minacciano di far ricadere la popolazione a situazioni di decenni fa. Sfortunatamente la maggior parte delle medicine esistenti è troppo costosa. La politica dei prezzi e la scelta di mantenerli elevati sono correlate al brevetto, attraverso il quale viene tutelata la proprietà intellettuale. Il proprietario è l'unico ad avere il diritto di produrre il farmaco e a deciderne il prezzo per tutta la durata del brevetto, cioè 20 anni. Per alcune malattie, invece, il trattamento efficace non esiste e nessuno lo sta studiando. In altri casi, medicine essenziali per il trattamento di patologie endemiche nei Paesi in via di sviluppo stanno scomparendo dal mercato perché non sono redditizie. Perciò farmaci come il cloramfenicolo oleoso (efficace e di facile utilizzo nelle epidemie di meningite meningococcica) o l'eflornitina (utilizzato nelle malattie del sonno) non vengono più prodotte dal 1995. La ricerca nel campo della medicina tropicale si è arrestata. Di 1223 nuovi farmaci commercializzati dal 1975, solo 13 erano indicati per patologie tropicali. Soltanto 4 però erano frutto della ricerca clinica diretta (artemeter, atovaquone, eflornitina, nifurtimox). Lo sviluppo clinico dell'atovaquone e della pentamidina sarebbe stato

interrotto se non si fosse provata l'efficacia nei confronti di infezioni opportunistiche correlate all'Aids. Degli altri, due erano in realtà nuove formulazioni di farmaci già esistenti (pentamidina e amfotericina B), due erano il risultato della ricerca militare (alofantrina e meflochina), cinque provenivano dalla ricerca veterinaria (albendazolo, benznidazolo, ivermectina, oxamicina e praziquantel). Nei suoi progetti MSF si confronta quotidianamente con le conseguenze derivanti dalle malattie infettive sulla popolazione e la mancanza di accesso alle strutture sanitarie e mediche. Per garantire questo accesso alle popolazioni ha lanciato una campagna che si articola su tre assi principali:

- superare le barriere che ostacolano l'accesso ai farmaci (prezzo e produzione)
- stimolare la ricerca e sviluppo di terapie per la cura delle malattie dimenticate
- promuovere l'eccezione sanitaria nell'ambito degli accordi commerciali internazionali (TRIPS).

## Gli accordi TRIPS

L'Organizzazione mondiale del Commercio (OMC), fondata nel 1995, regola il brevetto dei prodotti e dei processi di fabbricazione, per impedire il commercio di beni contraffatti. L'accordo del 1996 sugli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale - TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) - riguarda anche i farmaci: si vieta la produzione locale e si vincolano importazione, uso e vendita all'autorizzazione del titolare del brevetto. Una parziale eccezione è garantita dall'articolo 30 che consente le importazioni parallele, per ragioni di salute pubblica e per periodi di tempo limitati: se un prodotto brevettato costa 100 dollari nel paese A e 80 nel paese B, A può importare da B senza chiedere il consenso del detentore del brevetto.

Gli accordi TRIPS non contengono clausole che garantiscono fondi per la ricerca farmaceutica tropicale e prezzi realistici per i farmaci salvavita. I paesi industrializzati si sono adeguati immediatamente (1997) a tali norme, mentre ai Paesi in via di sviluppo è stato concesso tempo fino al gennaio del 2000, e un periodo di transizione fino al 2005, che si allunga al 2008 per i 48 paesi più poveri. Chi non rispetta le regole incorre in sanzioni commerciali.

L'accordo TRIPS ha diverse conseguenze:

- il monopolio produce una crescita del costo dei farmaci, che a sua volta implica una disponibilità insufficiente nei paesi poveri;
- i produttori locali che vorranno fabbricare e commercializzare beni brevettati sono costretti a pagare licenze costose;
- le attività locali di ricerca e sviluppo di farmaci generici vengono disincentivate: il brevetto dura venti anni, e dopo la scadenza il mercato è nelle mani di chi lo ha a lungo occupato monopolisticamente;
- la crescita industriale e tecnologica locale non viene sostenuta, poiché il titolare del brevetto non è tenuto a produrre i farmaci in loco.

Agli accordi TRIPS hanno fatto seguito prospettive di peggioramento ulteriore, chiamate TRIPS+, con l'obiettivo di proteggere nuovi usi del farmaco, estendere il periodo di vigenza del brevetto, limitare l'uso governativo delle licenze, rendere illegittime le licenze obbligatorie.

## Un Fondo per le malattie trascurate

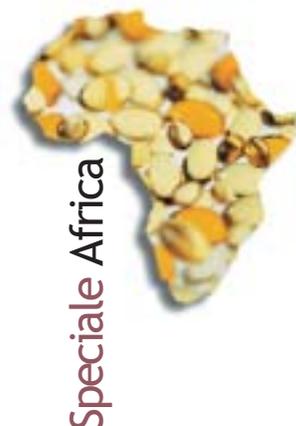
**MSF ritiene di dover intervenire direttamente per dare impulso alla ricerca sulle malattie ignorate dallo sviluppo scientifico.**

**La ricerca farmacologica segue le esigenze dei Paesi sviluppati, e gli investimenti interessano anche disturbi connessi agli stili di vita, come obesità, sterilità, impotenza, rughe, ansia, disturbi del metabolismo, allergie, calvizie, depressione.**

**MSF ha creato il Neglected Disease Fund con i proventi del Premio Nobel (assegnato negli stessi giorni in cui è stata lanciata la Campagna per l'accesso ai farmaci essenziali).**

**Il Fondo contribuirà alle spese di progetti pilota, quelli cioè che sono stati giudicati, all'interno di altri progetti MSF, potenzialmente più efficaci per incidere sul problema dell'accesso ai farmaci essenziali. I progetti pilota saranno realizzati in collaborazione con altre iniziative di MSF nei Paesi in Via di Sviluppo.**

**Le malattie oggetto dei primi interventi sono la malattia del sonno, la tubercolosi, la malaria e la leishmaniosi.**



Speciale Africa



(...) Nell'epoca della globalizzazione, nel villaggio universale che ha ormai abbattuto ogni steccato tra una nazione e l'altra, è pur sempre il vecchio Stato a proteggere i diritti dei più deboli. Un piccolo Stato, nella circostanza: un paese di 38 milioni d'abitanti che sta cercando faticosamente di riscattare l'apartheid, e intanto deve fronteggiare un debito estero che raggiunge il 29% del Pil, un tasso di disoccupazione al 32%, odi tribali mai del tutto sopiti fra le sue popolazioni. È la rivincita di ciò che è pubblico, di tutti: la rivalsa della collettività eretta a Stato sugli interessi dei grandi gruppi economici privati. (...) La decisione delle 39 multinazionali non ha niente a che vedere con lo slancio generoso di Sabin, l'inventore del vaccino contro la poliomelite, che a suo tempo rinunciò ai diritti sul brevetto. Ha pesato piuttosto il danno d'immagine che gliene stava derivando, l'unanime condanna dell'opinione pubblica, il rischio di trasformare un'eventuale vittoria processuale in una sconfitta commerciale. Ha pesato dunque una ragione di mercato: quella stessa logica che tanto spesso ci ha fatto sentire a nostra volta merci tra le merci, consumatori piuttosto che persone. Ma il consumatore non è senza poteri, se è vero che può quantomeno scegliere tra un prodotto e l'altro. Sicché da oggi abbiamo appreso la lezione: è possibile usare il mercato contro il mercato. Possiamo smettere di comprare i palloni della Nike, gonfiati dal sudore degli operai-bambini. Possiamo investire in fondi etici, anziché nelle azioni dell'Hi-tech. Possiamo spegnere Radio vaticana, alla faccia dell'elettrosmog. E se si può, si deve.

**Michele Ainis**  
("La Stampa" 21-04-2001)

(...) Il Sudafrica ha avuto ragione e diritto nel voler ricorrere a medicine generiche che costano molto meno di quelle tutelate da brevetto. È stato invece un grosso errore pensare di utilizzare una causa legale in tribunale per tentare di fermare il governo. Le case farmaceutiche hanno sbagliato. Questo non vuol dire che anche noi non dobbiamo prenderci le nostre responsabilità. Finora, non è stato fatto tutto ciò che era

possibile per convincere le case farmaceutiche a cambiare il loro approccio. Credo che non ci sia nulla di più importante: l'arma del dialogo deve essere vincente. (...) Per vincere la lotta contro l'Aids serve empatia e dialogo, gli stessi ingredienti che hanno garantito al Sudafrica la transizione dall'apartheid alla democrazia.

**Nelson Mandela**  
("La Repubblica" 19-04-2001)

## Processo di Pretoria: i commenti della stampa italiana

(...) Condivido in pieno che il diritto alla salute sia un diritto fondamentale (...) Tutto questo, però, ha dei costi ed è illusorio immaginare di prescindere. Il problema, semmai, è di individuare chi deve sostenerli. La risposta che il riformismo di mercato ha dato e che seguito a sottoscrivere, risiede nei sistemi sanitari pubblici, finanziati dalla fiscalità generale, con alcuni correttivi (ticket, tetti di spesa, prezzi controllati). In quest'ottica è ipotizzabile un piano sanitario internazionale per l'Aids, collegato coi sistemi nazionali africani. La risposta che dava la pianificazione autoritaria comunista (e che seguita ad influenzare certe insane pulsioni anticapitalistiche) punta, invece, ad addossare l'onere alle imprese private (...). La logica antiproprietaria (...) mira, affievolendo la difesa dei brevetti, a caricare il costo del diritto alla salute sull'industria farmaceutica, tagliandone i profitti. La conseguenza sarà che, non attendendosene i guadagni sperati, le imprese decurteranno le spese per la ricerca. Si avranno quindi minori scoperte, con danno certo per la scienza e per la salute. (...) Non abbiamo ancora capito che se certe scoperte importanti e crescenti ci sono state non è stato per illuminazione dello Spirito Santo né per lungimiranza dello Stato ma perché le imprese hanno considerato profittevoli giganteschi investimenti in questo campo e gli azionisti hanno stimato conveniente investirvi i loro risparmi. Come diceva Adamo Smith "ogni individuo cerca di impiegare il proprio denaro in modo da ottenere un prodotto che abbia il massimo valore. Perseguendo il proprio interesse, egli spesso promuove quello pubblico con un'efficacia superiore a quella che ottiene quando si propone realmente di promuoverlo". Così funziona il mercato: dal 1776 c'è stato tutto il tempo per capirlo.

**Mario Pirani**  
("La Repubblica" 23-04-2001)

# Piano per l'Africa firmato da ministro e Farmindustria



Speciale Africa

**M**isure per favorire l'accesso ai farmaci anti-Aids in Africa; creazione di una rete di piccoli presidi sanitari per la gestione delle terapie e la prevenzione; un programma di trasferimento del know how al personale sanitario e parasanitario africano. Ma anche la possibilità di creare insedia-

mentato a Roma dal ministro della Sanità, Umberto Veronesi, ai rappresentanti di Farmindustria. Un piano d'intervento, quello sull'Aids, che rientra in un progetto più ampio di aiuti sanitari per l'Africa messo a punto dal governo italiano, che ha richiesto finora 35 miliardi di investimenti. Il progetto sarà definito e completato da Veronesi insieme al ministro della Sanità francese per sottoporlo poi all'attenzione del prossimo G8 di Genova. "L'Italia - ha spiegato Veronesi - si presenta al G8 con un programma organico e articolato, di comune accordo con la Francia e sono lieto che anche l'industria farmaceutica abbia dato un contributo sostanzioso e responsabile nell'impegno di fermare, o almeno di limitare, l'epidemia che sta decimando l'Africa".

sempre sotto una regia politica intergovernativa e internazionale". Fra le misure previste per favorire l'accesso ai farmaci anti-Hiv il piano prevede: la donazione volontaria di farmaci da parte delle industrie italiane; la contrattazione di prezzi politici dei farmaci; l'applicazione delle normative

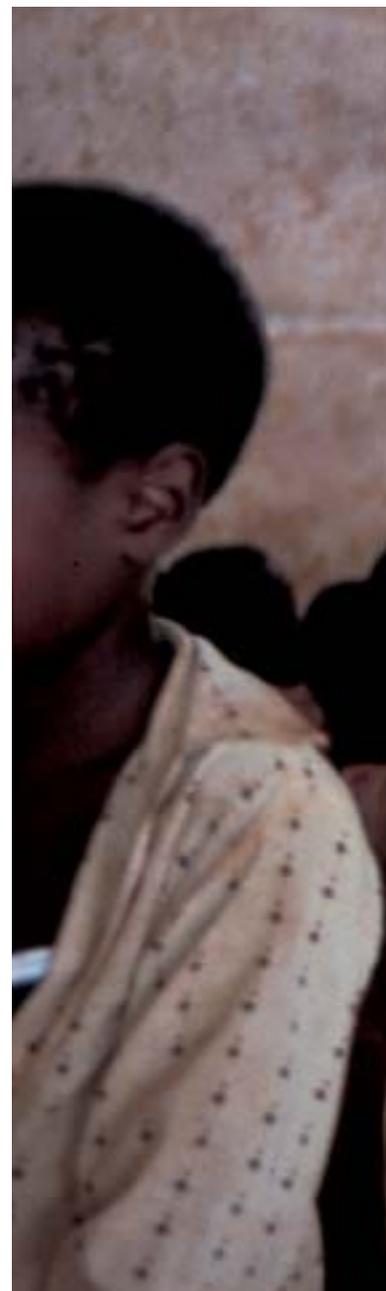
«Finalmente la politica si fa carico del problema dell'Aids in Africa e lo trasferisce all'interno di una riunione internazionale come quella del G8».

menti industriali per la fabbricazione in loco dei farmaci, soprattutto generici, e di accelerare tempi e procedure delle sperimentazioni sui nuovi vaccini. Questi i punti cardine del piano di intervento anti-Aids a favore dei Paesi africani, pre-

## I punti cardine

- Favorire al massimo l'accesso ai farmaci anti-HIV con diverse misure tra cui: la donazione volontaria di farmaci da parte delle industrie farmaceutiche italiane; la contrattazione di prezzi politici dei farmaci; l'applicazione delle normative internazionali relative alle deroghe dei brevetti; la donazione volontaria alle donne, in dosi illimitate e per 5 anni, dei farmaci per rompere la catena di trasmissione verticale dell'infezione da HIV; lo sviluppo di una industria farmaceutica locale, attraverso joint venture.
- Realizzazione con donazioni volontarie di una rete di piccoli presidi sanitari, di laboratori di analisi e di centri diagnostici.
- Un programma di formazione ed educazione alla prevenzione che sviluppi su grande scala le misure corrette di profilassi. Nell'incontro si è anche concordato di accelerare i tempi e le procedure delle sperimentazioni dei nuovi vaccini.

"Finalmente la politica - ha commentato Ivan Cavicchi, direttore generale di Farmindustria - si fa carico del problema dell'Aids in Africa e lo trasferisce all'interno di una riunione internazionale come quella del G8. Una sede giusta per un problema che richiede una divisione del lavoro fra i Paesi aderenti. La piaga dell'Aids nel terzo mondo - ha aggiunto - non può essere tutta delegata a soggetti non politici, che possono concorrere, collaborare, siglare intese di massima su obiettivi da raggiungere, ma



internazionali relative alle deroghe dei brevetti; la donazione volontaria alle donne, in dosi illimitate e per 5 anni, dei farmaci contro la trasmissione madre-figlio; lo sviluppo di una industria farmaceutica locale, attraverso joint venture. "La Farindustria - ha annunciato Cavicchi - parteciperà in diverse forme al progetto: per esempio attraverso accordi sul prezzo dei farmaci tra paesi interessati e singole aziende o mettendo a disposizione risorse e know how. Potremo per esempio ospitare personale africano per formarlo soprattutto in materia di controllo di qualità dei farmaci, visto che il terzo mondo è uno dei bersagli principali delle truffe".

## Una cartolina per Ciampi

La cartolina **Campagna di Accesso ai Farmaci Essenziali** è una iniziativa urgente della sezione italiana di Medici Senza Frontiere - MSF per sostenere la Campagna per l'Accesso ai Farmaci essenziali.

MSF invita a **richiedere copie della cartolina** a questo indirizzo: MSF, via Volturmo 58 - 00185 Roma. Tel. 06.4486921, fax 06.44869220, email [eventimsf@msf.it](mailto:eventimsf@msf.it), e a **rispedirle firmate**. Le cartoline vanno diffuse agli amici, ai conoscenti, a tutti coloro che possono partecipare. Ogni cartolina va poi spedita a MSF, via Volturmo 58 - 00185 Roma.

Tutte le cartoline ricevute da MSF verranno inviate al **Presidente della Repubblica** e al **Presidente del Consiglio**, affinché promuovano un ruolo attivo dell'Italia, in seno all'**Unione Europea**, al **G8** e all'**Organizzazione Mondiale del Commercio**, nella realizzazione di accordi politici e commerciali che favoriscano i meccanismi di accesso ai farmaci essenziali da parte dei paesi più poveri.

A sostenere questa battaglia, oltre a MSF, ci sono le **100.000 persone** che hanno inviato, a gennaio 2001, la cartolina, e altre **associazioni**, fra le quali: Fondazione Internazionale Lelio Basso, AIFO, LILA, Mani Tese, Collegio Universitario Aspiranti e Medici Missionari (CUAMM), Farmacisti Senza Frontiere. Il testo delle cartoline inviate al Presidente della Repubblica e al Presidente del Consiglio è:

### **Signor Presidente**

Milioni di persone nei paesi a basso reddito muoiono perché non possono pagarsi le cure necessarie. Le chiedo che l'Italia faccia pressione presso l'Organizzazione mondiale del Commercio, i G8, l'Unione Europea, affinché l'eccezione sanitaria venga inclusa negli accordi internazionali sui brevetti. Le chiedo di rappresentare la mia voce perché sia riconosciuto a tutti i popoli e ad ogni individuo il diritto alla salute, **perché l'accesso ai farmaci salvavita sia sempre e comunque garantito.**



## I numeri dell'infezione

- 33,6 milioni di persone sono colpite da HIV/AIDS
- 1,2 milioni di bambini sono colpiti da HIV/AIDS
- il 95% dei malati di AIDS non ha accesso alle terapie
- In molti paesi in via di sviluppo il costo dei farmaci antiretrovirali per il trattamento mensile è 30 volte superiore al reddito mensile medio
- il 70% dei sieropositivi vive nell'Africa sub-sahariana
- nel 1999 sono divenuti sieropositivi circa 570.000 bambini, il 90% dei quali in Africa
- nel 1999 i morti per AIDS sono stati 2,6 milioni: il 95% delle vittime abitava in paesi poveri, il 79% nell'Africa sub-sahariana
- in totale, in Africa vi sono stati 13,7 milioni di morti per AIDS
- a causa dell'AIDS sono orfani 11,2 milioni di bambini, la gran parte africani
- si stima che, a causa dell'AIDS, nel 2005 il prodotto interno lordo del Kenya sarà del 15% più basso di quello che avrebbe potuto essere.

# Le testimonianze dei medici che lavorano nei Paesi poveri

«Prevenire prima che curare dovrebbe essere la regola: gli investimenti in igiene pubblica, abitazioni idonee, acqua, cibo e le campagne di educazione riducono grandemente la prevalenza delle malattie infettive. Ma la prevenzione è legata a fattori socioeconomici complessi che sfuggono al nostro potere di medici. Quindi le persone si ammalano, e tanto. E in Nigeria il paziente paga quasi tutti i farmaci, quindi il loro prezzo è questione di vita o di morte. Alcune compagnie farmaceutiche locali producono farmaci essenziali, ma importano le materie prime che sono costose; di conseguenza i farmaci locali hanno più o meno lo stesso prezzo di quelli importati. Inoltre vi sono farmaci del tutto indisponibili. Altri ancora, pur accessibili, sono vecchi e si scontrano con la resistenza di nuovi ceppi».

**dott. James Bolaji**, medico ospedaliero in Nigeria

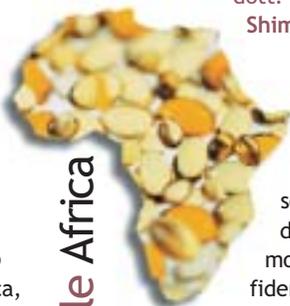
«In Etiopia i tubercolotici sono curati gratis, ma quando insorgono multiresistenze ciò non è più possibile. Quanto ai farmaci retrovirali anti-AIDS, è una tragedia. L'Etiopia è il secondo paese vittima dell'AIDS in Africa, ma non produce farmaci per la cura del virus e ovviamente non ha i soldi per acquistarli, visto che

sono carissimi e inaccessibili per la sanità pubblica e per i singoli ammalati».

**dott. Hassan**, specialista di AIDS e tubercolosi opportunistica in Etiopia

«Vediamo morire bambini che, con una terapia adeguata, avrebbero buone possibilità di guarire. L'Iraq è sotto embargo internazionale e non ha i soldi per importare con tempestività e continuità i farmaci necessari. Inoltre, questi vengono spesso bloccati dal comitato per le sanzioni, là a New York. Vediamo morire altri bambini di malattie infettive un tempo scomparse dal nostro paese e ora tornate: a causa dell'embargo, l'acqua non è più depurata, il cibo è insufficiente. L'embargo ha provocato un disastro sanitario in un paese che grazie al petrolio non era affatto povero».

**dott. Basim Al Abdili e Masin Shimari**, pediatri in Iraq



Speciale Africa

«Il mio paese sta producendo alcuni farmaci essenziali, ma soprattutto importiamo dall'India. Probabilmente molti medici si fiderebbero di più di

farmaci occidentali. Il trasporto dei farmaci in zone remote pone molti problemi di conservazione. I

farmaci per l'AIDS, poi, sono costosi e i pazienti non possono pagarli».

**dott. Hikaaba**, medico ospedaliero in Zambia

«Sono abituato a lavorare in paesi africani afflitti da grandi disgrazie: guerre, debito estero, governi indifferenti, calamità naturali. L'impatto sull'incidenza delle malattie e sulle possibilità di cura è tragico. Oltretutto, i budget per la sanità nei nostri paesi sono molto bassi. Sarebbe bello poter produrre localmente farmaci generici a buon mercato, anziché subire i prezzi astronomici di certe specialità occidentali sotto brevetto. So che legalmente è possibile, con le licenze obbligatorie e via dicendo. Ma, nel caso di molti paesi africani, non ci sono certo le strutture per farlo! Anche per le malattie contagiose, pericolose per la salute pubblica, le cure sono a carico degli ammalati, perché la "mutua" copre solo i pochissimi lavoratori dell'economia formale. Il trattamento per 4 mesi della TBC resistente costa 2.000 dollari. Fondazioni e governi del Nord che sostengono alcuni progetti di lotta alla TBC forniscono farmaci che possono essere somministrati gratuitamente. Ma quando queste "convenzioni" si interrompono, è una tragedia».

**dott. Léopold Buhendua**, infettivologo in Congo

«Abbiamo in Yemen una fabbrica governativa e due private. La produzione è iniziata 4-5 anni fa. Producono antimalarici, ma non le nuove formule che sono coperte da brevetto e sono molto costose, fuori portata. Producono anche antiparassitari e antibiotici.

I farmaci per la TBC sono coperti dai donatori. Altri farmaci, generici, sono importati dall'Egitto e sono decisamente più economici delle specialità occidentali».

**dott. Abdullah Al Taura**, ortopedico in Yemen

«Per il trattamento della malaria si usano due tipi di farmaci che il Ministero della Sanità ha acquistato da Cina e Thailandia. I prezzi sono buoni ma ci sono problemi nel trasporto e non di rado arrivano già scaduti. Abbiamo anche il problema dei farmaci falsi, spesso dannosi o comunque inefficaci. Quanto alla prevenzione, il governo fornisce gratis le zanzariere, ma solo nelle zone ad alto rischio».

**dott. Lear Ritgea**, Programma nazionale sulla malaria, Cambogia





# La sessualità femminile nella Sicilia d'ancien régime

2<sup>a</sup> parte

**SILVANA RAFFAELE**

Docente di Storia moderna,  
Facoltà di Scienze della formazione,  
Università di Catania

**i** documenti relativi agli stupri individuano stupri tentati, consumati e attentati al pudore. Il reato avveniva quasi sempre a casa della vittima oppure presso lo stupratore quando la vittima era la sua domestica; meno spesso veniva consumato in luoghi isolati, principalmente in aperta campagna. Lo stupratore dell'età

li di ratto, le autorità giudiziarie indagavano sulla condotta morale della vittima, attingendo informazioni soprattutto attraverso il parroco del paese. Se la donna era considerata di facili costumi, non poteva godere di nessuna protezione da parte del governo.

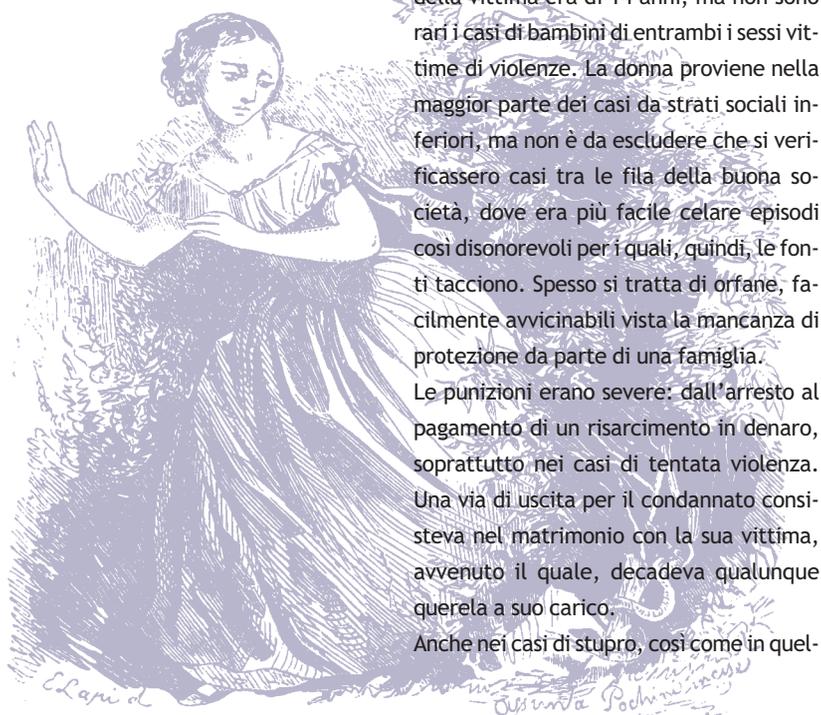
Nei casi di seduzione il procedimento giudiziario a carico del seduttore veniva intrapreso previa denuncia da parte della sedotta e dei suoi familiari, i quali dovevano accertare che il reato fosse avvenuto dietro promessa di matrimonio. Spesso l'accusato inviava a sua volta delle suppliche all'autorità, nell'estremo tentativo di sfuggire alla condanna. Prima di procedere, si conducevano delle indagini preliminari relative alla condotta morale di entrambi i protagonisti dello spiacevole episodio. Se la vittima risultava essere disonesta, veniva a decadere la querela e il caso veniva archiviato immediatamente.

Dopo aver accertato i costumi e la condotta morale di entrambi i protagonisti, occorreva verificare la veridicità di quanto asserito dalla donna nella sua denuncia. Se non vi erano prove palesi del reato, venivano interrogati i vicini o i possibili testimoni del misfatto, al fine di raccogliere indizi inconfutabili della colpevolezza dell'accusato. Il passo successivo consisteva nell'accertarsi che la seduzione fosse avvenuta dietro promessa di matrimonio. Una volta accertato il reato, l'intendente ordinava l'immediata carcerazione del colpevole. Il riscatto per la libertà consisteva nelle nozze con la sedotta, o nel pagamento di una dote in denaro, necessaria a risarcire l'"onore perduto" dalla fanciulla. Se, a scarcerazione avvenuta, l'accu-

Nei casi di seduzione il procedimento giudiziario a carico del seduttore veniva intrapreso previa denuncia da parte della sedotta e dei suoi familiari, i quali dovevano accertare che il reato fosse avvenuto dietro promessa di matrimonio.

media di 21 anni, perlopiù è impegnato in attività agricole e artigianali. Spesso si tratta di una persona che gode della fiducia della vittima: un amico di famiglia, addirittura un parente. Sono registrati anche pochi casi di stupri di gruppo. L'età media della vittima era di 14 anni, ma non sono rari i casi di bambini di entrambi i sessi vittime di violenze. La donna proviene nella maggior parte dei casi da strati sociali inferiori, ma non è da escludere che si verificassero casi tra le fila della buona società, dove era più facile celare episodi così disonorevoli per i quali, quindi, le fonti tacciono. Spesso si tratta di orfane, facilmente avvicinati vista la mancanza di protezione da parte di una famiglia. Le punizioni erano severe: dall'arresto al pagamento di un risarcimento in denaro, soprattutto nei casi di tentata violenza. Una via di uscita per il condannato consisteva nel matrimonio con la sua vittima, avvenuto il quale, decadeva qualunque querela a suo carico.

Anche nei casi di stupro, così come in quel-



## La sessualità femminile nella Sicilia d'ancien régime



sato non convolava a giuste nozze con la sua vittima, dopo essersi formalmente impegnato in questo senso, veniva nuovamente tratto in arresto. Non erano rari i casi di seduttori che si davano alla latitanza pur di non rispettare la promessa di matrimonio. A volte la sedotta rifiutava il risarcimento in denaro, pretendendo di essere sposata dal suo seduttore. In questo caso, l'ultima parola spettava al giudice. Un ulteriore elemento, indispensabile per poter stabilire la pena relativa al seduttore, consisteva nella conoscenza della condizione sociale di entrambi i protagonisti. Nella più ampia ottica di un rigido controllo delle dinamiche sociali, le autorità superiori si proponevano di impedire matrimoni tra persone di diversa estrazione, allo scopo di mantenere un certo equilibrio socio-istituzionale. In questo contesto, non si riteneva plausibile che una donna di modeste origini credesse alla promessa di matrimonio fattale da un seduttore di condizione più agiata: "doveva" intuire l'inganno. Vincenzo Maugeri Scuto, ad esempio, figlio di un medico, accusato di avere sedotto Rosa Malerba, figlia di sarto, pur ammettendo la sua colpevolezza, dichiarò di non poter sposare la ragazza, a causa della differenza sociale, impegnandosi però a pagare, come risarcimento, 24 onze. Casi del genere non erano rari; nonostante le eccezioni dettate soprattutto dal desiderio di riscattare l'"onore" della donna sedotta.

È soprattutto «meretrice» la donna presente nella legislazione napoletana e siciliana tra Quattrocento e Seicento, ma ancora nei secoli XVIII e XIX. Le "donne impudiche" si configurano come un'insidia per la salute.

Nella maggioranza dei casi analizzati, il seduttore è un celibe, di condizione sociale medio-bassa. Benché la causa precipua della seduzione fosse l'attrazione sessuale non mancavano ulteriori motivazioni, non ultimi gli interessi economici. Giuseppe D'Arrigo, ad esempio, era fidanzato con Agata Maugeri, figlia di modesti genitori i quali sostenevano di non poter dotare la figlia. A seduzione avvenuta, tuttavia, il gio-

vane pretese comunque una cospicua dote, in assenza della quale non avrebbe sposato la ragazza. Ottenuto lo scopo, il matrimonio ebbe luogo. Spesso il seduttore era un parente, circostanza favorevole per lui in quanto godeva della fiducia della sua vittima. Dopo la denuncia a suo carico, egli tentava di discolarsi. In alcuni casi, corrompeva dei testimoni al fine di procurarsi un "alibi" che lo scagionasse come nel caso di Antonino Rugnone, il quale pagò delle persone che testimoniassero il falso in relazione alla presunta seduzione della giovane Giuseppa Leotta. Il colpevole venne smascherato, e la pena inflittagli fu ancora più severa. Le donne sedotte erano per lo più nubili, di bassa estrazione sociale. Spesso esse cedevano alla seduzione, nella speranza che l'uomo mantenesse la promessa di matrimonio strappandole a una vita di stenti.

Parecchi dei casi analizzati presentano donne che non potevano godere della protezione del Governo, in quanto palesemente "disonorevoli". In questo contesto, si distinguono le donne che non sono state fedeli al loro seduttore, quelle che ancor prima della seduzione proclamata avevano condotto una vita dissoluta, le giovani che si erano lasciate sedurre senza la promessa di matrimonio; o ancora le donne che avevano la certezza dell'inganno, come, appunto, nel caso delle sedotte da un uomo di condizione sociale decisamente superiore. Infine si registrano donne che sporgono denuncia dopo diversi anni di "seduzioni consenzienti". In quest'ultimo caso, il governo assicurava l'intervento unicamente a favore della sedotta "fedele".

Come si può notare, dunque, una attenta rilettura della normativa meridionale rivela un particolare interesse da parte del legislatore nei confronti della condotta sessuale della donna. È soprattutto «meretrice» la donna presente nella legislazione napoletana e siciliana tra Quattrocento e Seicento, ma ancora nei secoli XVIII e XIX. Le "donne impudiche" si configurano come un'insidia per la salute. Questo concetto è ribadito nel 1748, in un



documento fondamentale per la conoscenza della prassi legislativa al riguardo. Nella prima parte del bando *Publica impudicorum petulantia poenarum severitate reprimatur*, pubblicato il 22 aprile 1748, si constata essersi troppo avanzato il numero delle donne impudiche che passeggiano di notte la strada e luoghi pubblici di questa città, insidiando colle loro lusinghe troppo scandalose cittadini di bassa condizione per indurli a commettere disonestà in mezzo alla strada, donde poi ne salute della gioventù deriva notabilissimo pregiudizio a questo Pubblico, e sin alla. Quindi, il bando così prosegue: *sonata che sarà l'ora una di notte, le suddette donne impudiche, che pubblicamente e notoriamente costerà d'esser tali, non possano andar camminando per le strade di questa città*. Infine sono enunciate le pene: *sotto pena alle suddette donne di malaffare, della frusta, e di anno uno di carcere [...] che qualunque uomo si trovasse nei suddetti luoghi colle suddette donne [...] incorra nella pena d'anni tre d'esilio da questa città*.

Il codice borbonico, infine, pone sotto la giurisdizione della polizia il servizio di vigilanza sul meretricio.

La meretrice è dunque riconosciuta, ma, considerata come inquinante, da relegare in appositi quartieri-ghetto, deve essere soprattutto riconoscibile affinché non si possano confondere le «buone» con le «triste». Invalicabili devono essere i confi-

ni dell'onestà. A tal fine si mette in atto una serie di accorgimenti legislativi che permettano di identificare la «disonesta». Le donne disoneste, libere, di partito, si distinguono per l'abitudine di vagabondare in maniera impudica (*habent gressus vagos impudicos*). Non possono andare accompagnate da più di una socia, mai da un uomo, non possono indossare vesti di seta né adornarsi con oro, argento o gioielli, non possono farsi condurre su sedia, cocchio, carretta o carrozza equiparandosi alle donne onorate e principali non possono andare per mare lungo la riviera di Posillipo, e, in ogni caso non possono camminare dopo l'una di notte. Al fine di evitare ogni possibile confusione tra oneste e disoneste inoltre: *meretrices ipsae continentur quasi segregatae ab aliis ne pars sincera infettetur....* Processo di segregazione questo che va consolidandosi tra '600 e '700. Si passa infatti dai generici ordini cinque-settecenteschi di confinare le meretrice in luoghi appositi lontani da quelli abitati da persone onorate ed accasate, ai ripetuti bandi settecenteschi contenenti i limiti precisi dei quartieri-ghetto affinché non si mescolino indifferentemente le loro abitazioni non quelle delle famiglie oneste, per evitare pregiudizio notabilissimo delle oneste famiglie, alla volontà espressa nel 1781 di relegarle nei lupanari dopo averle fatte visitare dai medici che le invieranno in ospedale, se infette. Particolare quest'ultimo, della minaccia rappresentata dalla prostituta

per la salute dei cittadini oltre che per l'onestà dei costumi quasi sempre presente nelle motivazioni delle leggi. Riconoscere la "disonesta", infatti, costituisce la premessa indispensabile per preservare l'"onesta". È proibito pertanto ai mascherati durante il carnevale fermarsi davanti alle carrozze delle donne oneste; è punita con la pena di morte il delitto di baciarle per forza, affinché i sudditi abbiano la sicurezza della conservazione dell'onore e della pudicizia delle loro donne, e, elemento da sottolineare, perché i matrimoni siano liberi... e non forzati. Matrimonio in epoca moderna non coincide certo con amore. Le leggi dei secoli XVI e XVII anzi, osserva Flandrin, consideravano i matrimoni d'amore come possibile rischio di sconvolgimento sociale. Gli autori settecenteschi cominciano ad ammetterli purché non comportino spostamenti di rango. Li ammette in un certo senso anche nel suo *Discorso sull'amore* Ferdinando Galiani trattando di questo amore, che taluni credono effetto della santità del sacramento, ma che io credo cosa puramente machinale. La repressione sessuale portata alle estreme conseguenze (il rapporto sessuale deve essere finalizzato unicamente alla procreazione) ispirata in occidente dalla meditazione agostiniana delle lettere paoline, serve a proteggere il rango, la famiglia. Qualunque forma di trasgressione pertanto deve venire evitata e punita. La pena di morte è minacciata ai sodomiti; la scomunica è riservata dal concilio tridentino ai concubini. Anche se il marito non può più uccidere la moglie adultera colta in flagrante, come per il re Ruggero, non può troncarle il naso, come per Federico II, accomunandola così alla meretrice, anche se appaiono superate le leggi di re Giacomo (*maritus occidens uxorem adulteram licet peccet, tamen non punitur e filio potest patrem praecipere ut occidat matrem adulteram*), tuttavia ancora nel 1819 finito il termine della pena della moglie adultera, il marito non vedendo segni di correzione e di emenda, sarà nel diritto di farla dimorare per cinque anni in un ritiro.

2. continua



# Fragili

# e dimenticate

**a**dolescenti e casalinghe sono le dimenticate delle campagne informative contro l'Hiv. Eppure sono loro a correre il rischio maggiore di contagio: è donna un sieropositivo su quattro e la trasmissione del virus da uo-

mo a donna è da 3 a 18 volte più frequente di quella da donna a uomo.

"Le donne - afferma il ministro per le Pari Opportunità, Katia Bellillo - si accorgono tardi di aver contratto il virus ed accedono così in ritardo al-

le cure. Le eterosessuali hanno una maggiore esposizione al contagio, mentre il tasso di mortalità sta diminuendo meno di quello riscontrabile negli uomini.

Perché tutto questo? Le donne - sottolinea Bellillo - non conoscono il rischio Hiv e non ci sono studi, soprattutto in Italia, che le riguardano. È una realtà drammatica, un'emergenza a cui bisogna dare risposte immediate".

Le donne accedono per la prima volta al test anti-Hiv in modo significativamente minore rispetto agli uomini; anche la diagnosi avviene in una fase più avanzata.



L'occasione per fare il punto sulla trasmissione del virus alla femminile è stata la presentazione del rapporto redatto dalla Commissione "donne e salute Hiv", nata nello stesso ministero, che fornisce una serie di indicazioni operative. Da questo emerge in particolare l'aumento considerevole del contagio fra le donne eterosessuali: nel nostro Paese, nel 1985, le donne erano il 16,5% delle persone con infezione da Hiv, nel 2000 il 24%. Negli Usa tra il 26 e il 50% delle donne Hiv positive ha contratto l'infezione prima dei 20 anni.

Le donne - riferisce ancora il rapporto - accedono per la

prima volta al test anti-Hiv in modo significativamente minore rispetto agli uomini; anche la diagnosi avviene in una fase più avanzata.

Fra le persone che accedono ai servizi di diagnosi e cura, le donne tendono ad essere meno frequentemente in terapia antiretrovirale; "scarsissimi" in Italia i dati ufficiali disaggregati per sesso e "totale" l'assenza di un'informazione mirata alle donne.

Per Bellillo, "stiamo ancora pagando il prezzo di un'impostazione sbagliata, secondo cui il rischio del contagio sarebbe limitato alle categorie a rischio, omosessuali e tossicodipendenti. Oggi il rischio Aids è generalizzato e riguarda soprattutto le donne eterosessuali. C'è una vera e propria emergenza che riguarda le donne".

Il ministro, riprendendo le indicazioni del rapporto, sottolinea quattro azioni prioritarie: disaggregare i dati per genere, un'azione di prevenzione per le adolescenti (informazioni sull'uso del profilattico, educazione sessuale, comportamenti a rischio), sensibilizzazione degli operatori dei servizi ("no ad un atteggiamento moralistico"), garanzia e tutela della privacy.

La prevenzione del virus Hiv, per il ministero delle Pari opportunità, va inquadrata anche nelle carceri ("la normativa sull'incompatibilità Hiv e detenzione viene pochissimo applicata") e nel fenomeno della prostituzione.

## «Le donne entrano tardi in terapia»

Le donne scoprono tardi di essere state infettate dal virus Hiv, spesso quando si presentano i primi segni dell'Aids e devono cominciare subito le terapie. Lo afferma l'epidemiologo Gianni Rezza, direttore del centro operativo Aids dell'Istituto superiore di sanità il quale ha confermato i dati resi noti dal ministro Katia Bellillo. "Da diversi anni - ha spiegato Rezza - i sistemi di sorveglianza hanno segnalato un aumento delle infezioni tra le donne e oggi circa il 30% delle infezioni da Hiv avviene tra loro". Rezza sottolinea che si attendeva un aumento di questa percentuale ma non è ancora avvenuto. Secondo l'ultimo rapporto dell'Iss sono circa 47.000 i casi di Aids notificati e si stima una prevalenza di circa 100.000 persone infettate. Non è noto ancora con certezza quante sono le persone che si infettano ogni anno con l'Hiv ma secondo i dati di alcuni sistemi sentinella attivati in 5 Regioni, si possono stimare circa 2000 nuove infezioni l'anno.

## Allarme, non si fanno più test

"C'è un pericoloso calo di tensione nella lotta all'Aids e in particolare nella fase della prevenzione: non si fanno più test, specie dopo un comportamento a rischio, e si arriva dal medico quando la malattia è ormai conclamata".

L'allarme è del vicepresidente della Commissione nazionale Aids, Ferdinando Dianzani.

Intervenuto al 4/0 simposio internazionale su 'Aids e Riproduzione, che si è tenuto recentemente a Genova, Dianzani ha ricordato che "è in crescita il gruppo di infetti a rischio indeterminato, quelli che non sanno risalire alle cause dell'infezione. Siamo passati dal 5% dell'89 al 24% del '99. Generalmente - ha aggiunto - la trasmissione è per via sessuale ma il malato non sa dove né quando ha contratto l'infezione".

Dianzani ha sottolineato che i fenomeni legati all'Aids sono in evoluzione, le strategie stanno cambiando, le terapie seguono nuove linee guida e progrediscono i controlli sugli effetti collaterali dei farmaci: "però - ha spiegato - c'è un pericoloso abbassamento di tensione e un falso senso di sicurezza, basato su altrettante false convinzioni sulla possibilità di controllare la malattia e sul presunto arrivo del vaccino". Il vicepresidente della Commissione Aids ha posto l'accento sul problema della durata dell'effetto dei farmaci: "è limitato nel tempo e non appena il trattamento viene interrotto a causa degli effetti collaterali dei medicinali l'infezione riprende il suo corso devastante. I malati sono in prevalenza giovani con aspettative di vita elevate - ha aggiunto - mentre le terapie non possono essere troppo lunghe perché purtroppo gli effetti collaterali sono debilitanti e pericolosi".

Non abbassare la guardia, ha concluso Dianzani, significa "investire ancora in ricerca e non smantellare i reparti di malattie infettive allestiti in questi anni: rendono meno alle aziende ospedaliere rispetto ad altri reparti ma devono essere mantenuti".

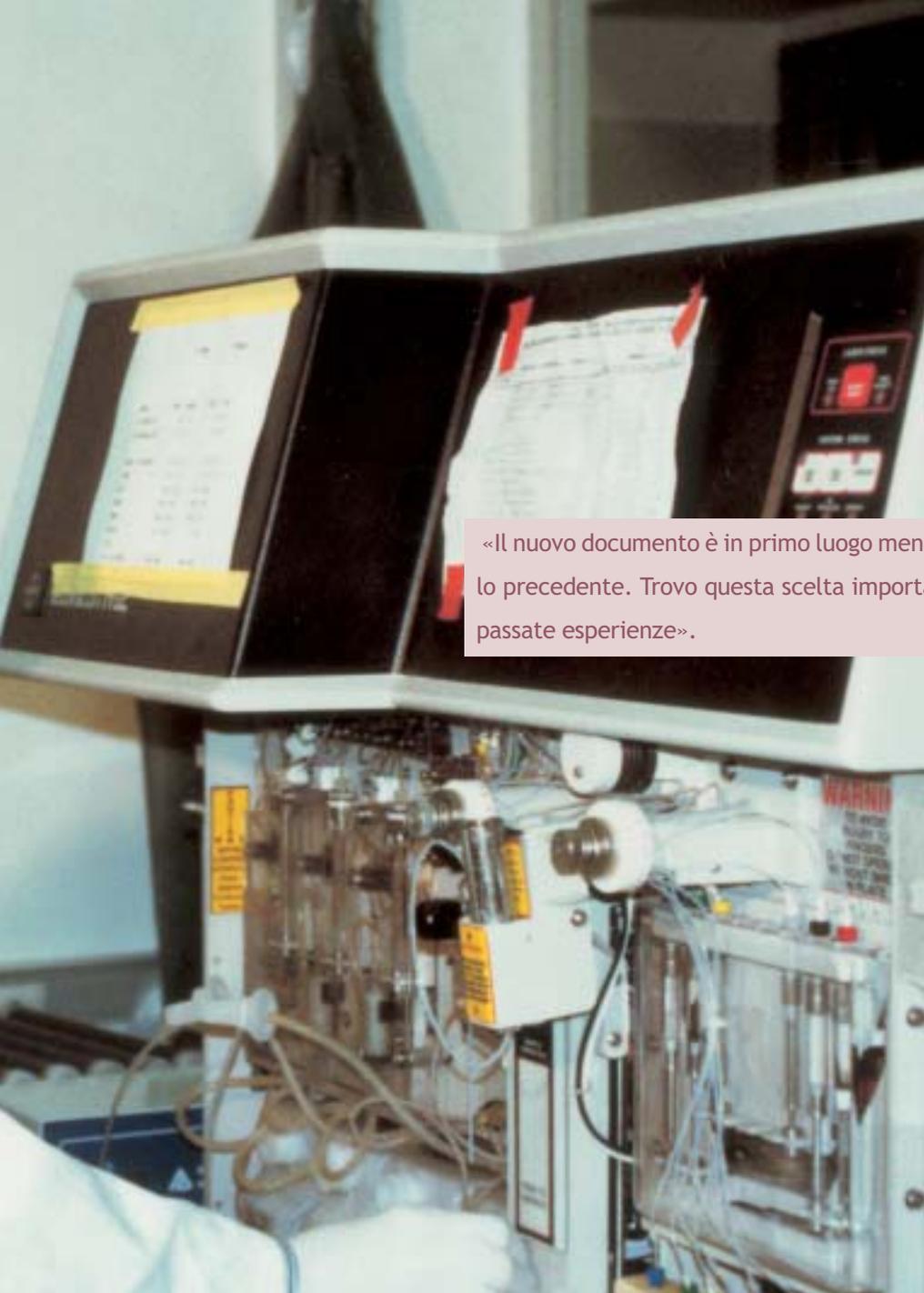


L'INTERVISTA

# Linee guida le nuove regole nella cura

**i** Il 27 febbraio scorso la Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS del Ministero della Sanità ha approvato il documento di aggiornamento per le nuove "Linee Guida di terapia antivirale per l'infezione da HIV". Rispetto alle precedenti raccomandazioni, che risalivano al 1998, sono 4 le modifiche sostanziali:

1. L'inizio della terapia nei pazienti asintomatici sarà meno precoce e basato sulla situazione individuale di ogni sieropositivo, tenendo conto della progressione clinica e biologica di ciascuno. Nello specifico si deve valutare l'aumento, in quantità e rapidità, di particelle del vi-



«Il nuovo documento è in primo luogo meno vincolante rispetto a quello precedente. Trovo questa scelta importante anche in relazione alle passate esperienze».

“Le nuove linee guida - spiega Aiuti - sono innanzitutto meno vincolanti rispetto a quelle precedenti, danno cioè più possibilità di gestione al medico e al paziente. Personalmente trovo questa una scelta importante, anche alla luce delle difficoltà riscontrate nel passato a rispettare regole troppo precise”.

Il primo dato da sottolineare è questa indicazione a ritardare l’inizio della terapia antiretrovirale...

Esatto. Troviamo una rivalorizzazione della situazione del sistema immunitario, cioè dei CD4, rispetto all’HIVRNA. Nelle precedenti linee guida al contrario c’era una esasperata valorizzazione della replicazione virale: di fronte ad un paziente con 1000 CD4 ma con una replicazione virale elevata si indicava come obbligatorio l’inizio della terapia. Ora invece si è capito che di fronte ad una situazione immunitaria normale conviene risparmiare farmaci. Entrando nel dettaglio, la raccomandazione è di partire con una terapia antiretrovirale quando il paziente ha

rus nel sangue e la diminuzione dei linfociti CD4, il cui decadimento porta alla immunodeficienza, tipica dell’AIDS.

2. Sarà quindi fondamentale, all’inizio del percorso terapeutico, il consenso dei malati. Le linee guida prevedono infatti che ai pazienti vengano spiegate le diverse possibilità terapeutiche disponibili ed i loro effetti collaterali.

3. I vari regimi terapeutici saranno completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale e verranno proposti in base all’efficacia, alla tollerabilità, alle eventuali resistenze ed al numero delle somministrazioni quotidiane considerate adeguate alla condizione di ogni paziente. Nell’ambito delle cure si tende così a personalizzare sempre più l’utilizzo delle terapie.

4. Il documento prende anche in considerazione i regimi terapeutici che possono essere forniti in caso di fallimento di schemi pregressi, di gravidanza e le terapie per i bambini aggiornate in base ai farmaci (14, divisi in tre classi diverse) già approvati dall’EMA e quindi, a breve, disponibili in Italia.

Quali sono le maggiori implicazioni per il paziente e come cambia la filosofia dell’approccio terapeutico al virus HIV l’abbiamo chiesto al prof. Fernando Aiuti, presidente nazionale dell’ANLAIDS.



meno di 350 copie di CD4, mentre prima veniva consigliato di iniziare il trattamento già sotto le 500 copie. Di più: per i pazienti con un numero di CD4 superiore a 350 i farmaci dovrebbero essere somministrati

che è poi difficile recuperare.

**Quali sono le indicazioni delle linee guida per quanto riguarda i farmaci con cui è meglio iniziare la terapia?**

Le combinazioni per le quali si

le resistenze, della tossicità crociata, delle neuropatie: è chiaro che la terapia dovrà essere individualizzata, personalizzata. E ovviamente il paziente dovrà essere d'accordo. Fondamentale è anche la sem-

bile l'AZT, associato ad altre molecole: su questo abbiamo dati molto consistenti in letteratura. Raccomandata anche una compressa di Nevirapina prima del parto, valutando però bene il possibile effetto allergico, che può arrivare anche allo shock anafilattico.

**Una donna che si accorge di essere incinta può interrompere la terapia nei primi tre mesi e riprenderla dal quarto mese in poi, a meno che non abbia meno di 100 CD4. Con una grande attenzione al quadro generale.**

**E chi è in terapia con metadone?**

Anche in questo caso è necessario fare molta attenzione, perché il metadone può modificare l'assorbimento dei farmaci. Nelle linee guida è infatti prevista una scala di dosaggi.

solo quando la carica virale sale sopra le 30.000 c/mL (in passato il limite era 10.000 c/mL). La replicazione virale deve essere dunque molto alta.

**Quando non si assiste ad una rapida caduta di CD4 e si hanno oscillazioni nel range della normalità conviene quindi aspettare?**

Tra 500 e 350 CD4 la scelta dipende dal medico e dal paziente, ovviamente tenuto conto del livello della replicazione virale. Se questo livello è superiore a 30.000 c/mL è meglio prendere i farmaci: dobbiamo però aver osservato nel paziente almeno due determinazioni consecutive superiori a 30.000 e un calo di oltre il 10% dei CD4 rispetto ai mesi precedenti.

Se invece l'oscillazione è bassa (chi, per esempio, ha 400-420 CD4 ed è stabile da 2 anni) si può anche aspettare qualche mese. Sotto i 350, indipendentemente dalla replicazione virale e anche se il paziente è asintomatico, si consiglia invece di cominciare la cura: questa è una situazione in cui il sistema immunitario subisce infatti danni non di poco conto,

dispongono dati controllati e di più frequente impiego nella pratica clinica sono: 1 inibitore della proteasi (PI) ( $\pm$  Ritonavir) + 2 analoghi nucleosidici (NRTI); 1 inibitore non nucleosidico (NNRTI) + 2 analoghi nucleosidici (NRTI); 3 analoghi nucleosidici (NRTI).

**Quando e perché bisogna cambiare la terapia?**

Le linee guida hanno messo al primo posto l'aderenza alle terapie: se il paziente sta male conviene cambiare. Al secondo posto c'è il fallimento terapeutico, determinato da una caduta dei CD4 negli ultimi 6 mesi di oltre il 30% dei valori di base o dalla replicazione virale.

**Con che cosa si deve cambiare?**

In questa situazione è fondamentale valutare sia i fattori clinici che biologici, le resistenze primarie e secondarie. È importante insomma considerare la storia clinica del paziente. Ad un malato con insufficienza epatica si cercherà di dare un farmaco meno tossico per il fegato. Tenendo presenti anche i problemi del-

plicità del trattamento terapeutico. Utilizzare farmaci da assumere due volte al giorno invece di tre o quattro è importante. Certo, se devo scegliere, preferisco farmaci meno tossici magari tre volte al giorno che uno solo ma più tossico una volta al giorno. Un'altra cosa prevista dalle linee guida è che gli inibitori della proteasi devono essere sempre somministrati col potenziamento del Ritonavir. A dosi di 100 mg 3 volte al giorno può essere associato a quasi tutti gli inibitori della proteasi.

**Le donne in gravidanza cosa devono fare?**

Una donna che si accorge di essere incinta può interrompere la terapia nei primi tre mesi e riprenderla dal quarto mese in poi, a meno che non abbia meno di 100 CD4. Qui è infatti necessario fare grande attenzione alla situazione generale: una donna con più di 500 CD4 può certamente sospendere la terapia. Ovviamente a fine gravidanza è fondamentale il parto cesareo ed evitare l'allattamento. Per i farmaci sono possibili varie opzioni: sicuramente è consiglia-

**Ultima cosa, qual è la sua posizione rispetto alla terapia a intermittenza?**

Al momento non ci sono evidenze che possano escludere rischi di emersione di ceppi resistenti e di caduta dei CD4. Un lavoro pubblicato recentemente sul New England ha mostrato inoltre che rispetto ai pazienti che seguono i protocolli normali, chi fa la terapia intermittente ha una caduta maggiore di CD4 e un aumento della carica virale. Una sperimentazione è comunque in atto, con tutte le cautele del caso: pazienti non in Aids e con CD4 molto alti.

Tra un anno potremo tirare le somme: sicuramente in questo modo si risparmierebbe in farmaci e in tossicità, ma è necessario capire quanto il sistema immunitario viene danneggiato.

In ogni caso nel mio Centro non si ritiene che ci siano elementi sufficienti per partecipare alla sperimentazione.

“Cosa sono Aids e Hiv” è il titolo di un nuovo opuscolo gratuito per la prevenzione dell’infezione, edito in tredici lingue (albanese, arabo, tedesco, inglese, francese, italiano, croato, portoghese, russo, somalo, spagnolo, tamil e turco) dall’Ufficio federale svizzero della sanità (UFSP) per informare le comunità straniere. Scritto in linguaggio semplice, il testo fornisce informazioni sui modi di trasmissione del virus e sui mezzi di protezione. Parla anche dei test Hiv e delle nuove terapie. L’opuscolo può essere ordinato a [Aids Info Doc Svizzera](#), Schaubplatzgasse 26, 3001 Berna, oppure al numero telefonico 031.3183270, o ancora via e-mail: [bestellungen@aids.ch](mailto:bestellungen@aids.ch)

## Africa, cresce il pericolo tubercolosi

Con l’infezione del virus dell’Aids si diffonde in Africa anche la tubercolosi, che cresce a tassi annui del 10% e che, stando a esperti delle Nazioni Unite, entro il 2005 arriverà a colpire mediamente 3,3 milioni di persone all’anno.

La tubercolosi è la principale causa di morte fra i malati di Aids e il problema posto dalle due malattie è per molti aspetti uno solo. L’Aids priva delle difese immunitarie gli organismi infetti che finiscono così per soccombere alle infezioni, molto frequentemente la tubercolosi appunto, causa di morte in oltre la metà dei malati di Aids. Secondo l’Unaid, sono circa due miliardi le persone che nel mondo sono state infettate dal bacillo della tubercolosi e il 5-10% di queste, perlopiù infettate anche dal virus dell’Aids, si ammalerà. In Africa, sempre stando all’Unaid, l’anno scorso c’erano 25,3 milioni circa di sieropositivi, mentre 2,4 milioni di persone sono morte per cause legate all’infezione del virus dell’Aids.



## Iran, false infermiere iniettano virus a bambini

Due iraniane che si spacciavano per infermiere hanno iniettato prodotti contaminati dal virus dell’Aids a diversi bambini a Ahvaz (sud), sostenendo che si trattava di un “vaccino” contro la terribile malattia. A riferirlo è il quotidiano “Jam-e Jam”. Secondo il giornale, che non precisa il numero di vittime, le due donne si presentavano come dipendenti di un’azienda sanitaria pubblica e “vaccinavano” i bambini davanti alle porte delle loro case. Dopo una serie di denunce, la polizia ha arrestato le false infermiere, il cui movente non è stato rivelato.

La disinformazione della popolazione iraniana sull’Aids deriva dal fatto che la malattia è stata per lungo tempo un argomento tabù nella Repubblica islamica. Stando a dati ufficiali, in Iran vi sono circa 10.000 sieropositivi.

## Carica virale, è minore nelle donne

Le donne infettate dall’Hiv presentano una carica virale iniziale molto minore a quella degli uomini, ma hanno lo stesso rischio di sviluppare l’Aids. Questo il risultato di uno studio americano condotto da ricercatori dell’Università Johns Hopkins e del National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Gli specialisti hanno studiato 156 uomini e 46 donne infettate dall’Hiv. Durante la fase di osservazione 29 uomini e 15 donne hanno sviluppato Aids. Tuttavia i ricercatori hanno constatato che le donne che avevano sviluppato la malattia presentavano una carica virale iniziale pari a 17.149 copie/ml, ovvero 4,5 volte minore di quella degli uomini (77.822 copie/ml). Anche gli uomini rimasti sieropositivi avevano una carica virale iniziale più alta delle donne Hiv+ (40.634 copie/ml). Gli autori spiegano che “nonostante le differenze di carica virale tra uomini e donne, il rischio di sviluppare Aids è identico, con una simile riduzione del numero di cellule CD4+”. Resta da determinare, secondo gli specialisti, se il momento di iniziare una terapia anti-Hiv deve essere uguale nonostante queste differenze.

(NEJM, 8 mar.2001, vol.344, n.10, pagg.720-725)

## A Palermo i giovani non usano precauzioni

I ragazzi palermitani conoscono l'Aids, ma non usano le giuste precauzioni. Il dato preoccupante è emerso da uno studio effettuato dagli operatori sanitari della divisione malattie infettive della Casa del Sole di Palermo. Sono stati sentiti 397 studenti delle terze classi delle medie inferiori di Palermo e di alcuni paesi della Provincia, 227 femmine e 170 maschi. L'86% degli intervistati sostiene di conoscere il virus dell'Hiv, il 74% è in grado di indicare le principali vie di contagio, il 48% è informato sui Sert, i servizi delle Ausl per le tossicodipendenze. I dubbi più grossi riguardano, invece, le malattie sessualmente trasmesse, fatta eccezione per l'epatite virale e la sifilide e, soprattutto, sulle correlazioni tra Aids e droghe. I ragazzi, dai 13 ai 15 anni, sanno che c'è una relazione tra l'Aids e l'uso di eroina o stupefacenti per via venosa. Scarsa la conoscenza sulle droghe leggere. Così, soltanto pochissimi giovani sanno quali possono essere gli effetti dell'ecstasy, ad esempio. Gli studiosi palermitani sono molto preoccupati per la "grande superficialità" dei ragazzi nel "mettere in pratica le misure di precauzione". "I ragazzi - sostengono - non hanno molta paura dell'Aids, convinti che i farmaci possano risolvere qualunque problema".

### Germania, casi in aumento per prima volta in 5 anni

In aumento per la prima volta in 5 anni il numero di nuovi casi di Aids in Germania.

Il dato emerge da rapporto del Robert Koch Medical Institute.

In particolare, nel 2000 sono stati 750 i nuovi casi nel Paese, il 33% in più rispetto al '99. "Temiamo che la malattia non sia presa sul serio come accadeva nel passato...", ha commentato Wolfgang Kiehl, uno degli autori dello studio. Maschi gay e bisessuali sono stati più colpiti l'anno scorso, con il 51% dei nuovi casi.

## Prevenzione al femminile in Francia

Il Ministero della Sanità francese e il Comitato di educazione alla Salute (CFES) hanno lanciato una nuova campagna di prevenzione contro l'Aids destinata alle donne. Secondo gli ultimi dati, infatti, nel primo semestre 2000 il 43% dei nuovi casi riguardava gli eterosessuali e la percentuale di donne contaminate dal virus è passata, in 10 anni, da una donna su 7 a una su 3.

La campagna preventiva utilizzerà frasi come "È vero, l'Aids colpisce di più le donne", oppure "È normale. Chiedi al tuo partner di utilizzare il preservativo" e sarà presente, in particolare, sulle riviste femminili. Il budget della campagna preventiva è di circa 1,5 milioni di euro.

## Accordo tra Pretoria e Cuba per fornitura farmaci

Cuba potrebbe fornire farmaci anti-Aids al Sudafrica. Almeno secondo quanto riferito dal quotidiano tedesco Frankfurter Allgemeine. Il presidente sudafricano Thabo Mbeki avrebbe infatti firmato un accordo con il governo di Cuba, dove - secondo le assicurazioni fatte da Fidel Castro durante una visita di Mbeki all'Havana - vengono prodotti diversi farmaci anti-Hiv.

## Hiv: in Europa dell'est colpisce il doppio dei paesi UE

È sempre più "emergenza Aids" nell'est europeo, dalle repubbliche baltiche all'Uzbekistan, dove il numero delle persone colpite dal virus dell'Hiv è doppio rispetto a quello dei paesi dell'Unione e ben 14 volte maggiore di quello dei paesi dell'Europa

centrale. È quanto risulta dagli ultimi dati, aggiornati al 30 giugno 2000, della rete di sorveglianza dell'Aids in Europa. Tra il '98 e il '99, l'aumento maggiore, pari a circa il 410%, è stato registrato in Russia "con l'estensione dell'epidemia anche a regioni finora poco toccate, compresa quella di Mosca", riferiscono gli autori del rapporto. Al contrario, nell'Europa occidentale continua ad abbassarsi l'incidenza (numero di nuovi casi) di Aids, iniziata nel '96, anche se in percentuali inferiori: dal 32% del '97 al 23% del '98, fino al

12% del '99. L'incidenza si è ridotta in tutti i paesi di questa zona, salvo il Portogallo, dove rimane particolarmente alta: 101 casi per milione di abitanti. A questo paese segue la Spagna, con 73 casi, l'Italia con 37 casi su un milione e la Francia con 26 casi, mentre la Germania è all'ultimo posto con 5,3 casi.

## Studio economico sulle terapie antiretrovirali

Un trattamento antiretrovirale intensivo contro l'Hiv presenta un rapporto costo/benefico vantaggioso, secondo quanto calcolato da 2 equipe americane in due studi pubblicati su New England Journal of Medicine. Gli studi hanno confrontato i costi delle terapie antiretrovirali rispetto a quelli sostenuti quando queste terapie non erano disponibili. I costi stimati da ricercatori del Rand Health della California, sono stati pari a 1.792 dollari al mese per ogni paziente nel giugno 1996, quindi a 1.359 dollari, a 1.419 dollari e a 1.410 dollari nei successivi 3 anni. Considerando la spesa annuale totale, comprensiva anche dei costi di ricovero, questa è stata pari a 20.300 dollari nel 1996 e a 18.300 nel 1998. Questi calcoli sembrano confermati anche dallo studio condotto da specialisti del Massachusetts General Hospital sulla base dei risultati di altre 4 ricerche: il 320 AIDS Clinical Trials Group, uno studio della Johns Hopkins University, lo studio INCAS e quello Dupont 006. I costi stimati sono stati simili, compresi tra 13.000 e 20.000 dollari, spesa considerata "vantaggiosa in termini di qualità della vita e tempo di vita guadagnata".

*(The New England Journal of Medicine, 15 marzo 2001, vol.344, n.11, pagg.817-823 & 824-831)*

# Parliamo di Hiv on-line

A CURA DI SARA SAIETTI

## Informazione e informazioni

Novità interessanti sul sito della della Fondazione Aids -Aiuto. Segnaliamo in particolar modo due spazi: uno dedicato ai giovani, dove tutto quello che bisogna sapere sull'Aids viene spiegato attraverso vignette e con un linguaggio e simboli molto semplici; l'altro pensato per quanti vogliono rivolgere in modo anonimo domande di carattere medico o legale inerenti l'infezione (e ricevere rapide risposte). Alle prime risponderanno gli infettivologi che operano presso la II Divisione dell'Ospedale Sacco di Milano, alle seconde uno studio Legale.

<http://www.aids.it>

## Non solo parole

Chi non si accontenta di un'informazione astratta sulle infezioni correlate all'Aids ma vuole anche vedere di cosa si tratta può collegarsi a questo sito dedicato a malattie infettive, Aids e malattie a trasmissione sessuale che contiene immagini cliniche, microscopiche e radiologiche.

<http://members.xoom.it/Aidsimaging>

## Il preservativo, questo sconosciuto!

Un sito divertente che lo renderà simpatico anche alle più restie al suo utilizzo, con notizie curiose, la sua storia, barzellette, una chat line e un catalogo per fare coloratissimi acquisti on line.

<http://www.condomnerie.com>

## Ancora sul preservativo

Su questo sito potrete togliervi molti dubbi leggendo le risposte alle domande più frequenti, nonché un'utilissima tabella che riporta spessore, lunghezza e larghezza delle più conosciute marche e modelli di profilattici, oltre ad altre interessanti annotazioni.

[http://isd.olografix.org/faq/faq\\_profilattico.htm](http://isd.olografix.org/faq/faq_profilattico.htm)

## Miscellanea sull'Aids al femminile

Il portale Supereva offre un'interessante selezione di articoli sull'Aids e sui problemi legati alla sieropositività femminile.

[http://guide.supereva.it/salute\\_e\\_benessere/aids/](http://guide.supereva.it/salute_e_benessere/aids/)

## Cosa dicono i personaggi famosi

A questo indirizzo troverete quattro interviste sull'Aids a quattro personaggi famosi. Come spesso succede sono tutti uomini, ma le più curiose non potranno resistere alla tentazione di andare a leggerle!

<http://www.aied.it/aied/aids/interv.htm>

## Tuttomilano

Volete sapere tutto, ma proprio tutto, quello che offre Milano? In questo sito potrete trovarlo. Dalle mostre alla vita notturna, dalla cultura ai servizi, dalle curiosità sulla città alla programmazione del cinema e ancora molto di più... Un sito così completo non poteva non prevedere anche delle pagine dedicate alla salute, e in particolare un elenco completo di tutti i centri di screening della città, gli indirizzi dei gruppi di accoglienza e di auto aiuto, i link ai siti delle principali associazioni di lotta all'Aids.

<http://www.milanoin.it>

# C u r i o s a n d o

A CURA DI SARA SAIETTI

## È gay il responsabile di Bush per le politiche anti-Aids

C'è voluto Bush per mettere un omosessuale dichiarato a capo dell'Ufficio della politica nazionale per l'Aids americano creato da Clinton nel 1994. Il suo nome è Scott H. Evertz e insieme al segretario di Stato Colin Powell e al segretario della Salute e Servizi Umani Tommy Thompson dovrà focalizzare la sua attenzione sui modi di affrontare l'epidemia Aids a livello internazionale. Suo intento dichiarato è anche quello di concentrare gli sforzi per la prevenzione dell'Aids nella riduzione del tasso di infezione tra i giovani nelle comunità povere.

## Donatori omosessuali, Veronesi dice sì

Il Ministro della Sanità Umberto Veronesi ha finalmente cancellato il famigerato decreto emesso da De Lorenzo nel '91 che vietava agli omosessuali la donazione di sangue e organi. Ingiustificato da un punto di vista scientifico e fortemente discriminatorio, questo decreto ha anche finito per tradursi in una campagna omofobica di immense proporzioni. Nei centri trasfusionali, infatti, dove passano ogni anno circa settecentomila persone, si chiedeva ai donatori di sottoscrivere un modulo dove dichiaravano di non essere omosessuali, inducendo l'idea che, indipendentemente dal loro stato sierologico e di salute, il pericolo per la trasmissione delle malattie infettive fosse rappresentato dagli omosessuali in quanto tali.

## Grande sorella dal cuore d'oro

Cristina Plevani, la bionda prestante bagnina del "Grande Fratello", ha definitivamente conquistato il cuore dei suoi fan e forse anche un po' di ammirazione da parte dei suoi detrattori. Dopo aver vinto 250 milioni in gettoni d'oro nel corso della puntata di beneficenza di *Chi vuol essere miliardario* del 4 marzo, infatti, li ha donati alla Lila, la lega italiana per la lotta contro l'Aids, che li utilizzerà per progetti di prevenzione in Africa, nonché per aiutare i giovani e gli immigrati in Italia.

## Il preservativo diventa obbligatorio

Mentre i nostri politici ancora balbettano se devono pronunciare in pubblico e ad alta voce la parola preservativo, a meno che non sia per dirne male, e chiedono il permesso al Papa prima di parlare di prostituzione, il governo locale della Baviera sta per varare una legge per obbligare i clienti delle prostitute a utilizzare i preservativi. Del resto in Germania la prostituzione è legale e nella sola Baviera sono 1.500 le professioniste regolarmente registrate. È per proteggere i diritti loro, dei loro partner e dei loro clienti, che anche in Germania sono pronti a pagare di più pur di fare a meno del profilattico, che la Baviera ha deciso di dotarsi di una normativa in materia.

# La voglia di un figlio

## Valentino Rossi sostiene la lotta all'Aids

"Aiutate l'Africa, fornite gratuitamente medicinali per curare l'Aids, e usate i profilattici". È questo il messaggio che Valentino Rossi ha lanciato in mondovisione dopo il suo secondo successo stagionale sul tracciato di Welkom. A fine gara infatti il giovane motociclista, dopo aver salutato con il consueto entusiasmo i numerosissimi fans, si è fermato a bordo pista e ha mostrato un cartello con questo messaggio. "L'idea - ha spiegato Rossi - mi è venuta leggendo i giornali locali. La percentuale di malati di AIDS qui è altissima e così ho pensato di mettere a frutto la fortuna di essere visti in diretta da tanti milioni di persone".



**d**a qualche anno, da quando cioè le nuove terapie anti Aids hanno aumentato le aspettative di vita per le persone con Hiv e, conseguentemente, la loro progettualità, sta diventando sempre più pressante la discussione sul desiderio di diventare genitori. Il punto focale di questa discussione non è più solo legato agli aspetti scientifici, in pratica alla comprensione dei rischi di trasmissione del virus nel caso di coppie discordanti e i rischi di infezione per il nascituro nel caso di una madre sieropositiva e le possibili soluzioni mediche. Ciò di cui soprattutto si sente il bisogno di parlare adesso è dei desideri, dei bisogni, delle esperienze delle coppie, delle famiglie con parenti sieropositivi, dei bambini nati da persone sieropositive o rimasti orfani a causa dell'Aids.

Evidenziare questi temi è l'intento primario del workshop dal titolo "Essere genitori vivendo con l'Hiv" che Gita (Gruppo italiano terapie an-

Per la prima volta in un convegno nazionale si discuterà dell'essere genitori con l'Hiv. Lo promuovono a Milano il GITA e L'Anlaids Lombardia. Con un progetto ambizioso.

tihiv) e Anlaids sezione Lombardia hanno organizzato a Milano per il 9 e il 10 giugno 2001 all'hotel Quark, via Lampedusa 11/A. Questo evento, che è il primo workshop nazionale sul tema dell'essere genitori per le persone con Hiv, sarà rivolto sia alle coppie concordanti che a quelle discordanti e coinvolgerà anche gli infermieri dei centri Aids, gli operatori delle strutture pubbliche e i volontari di associazioni di lotta all'Aids.

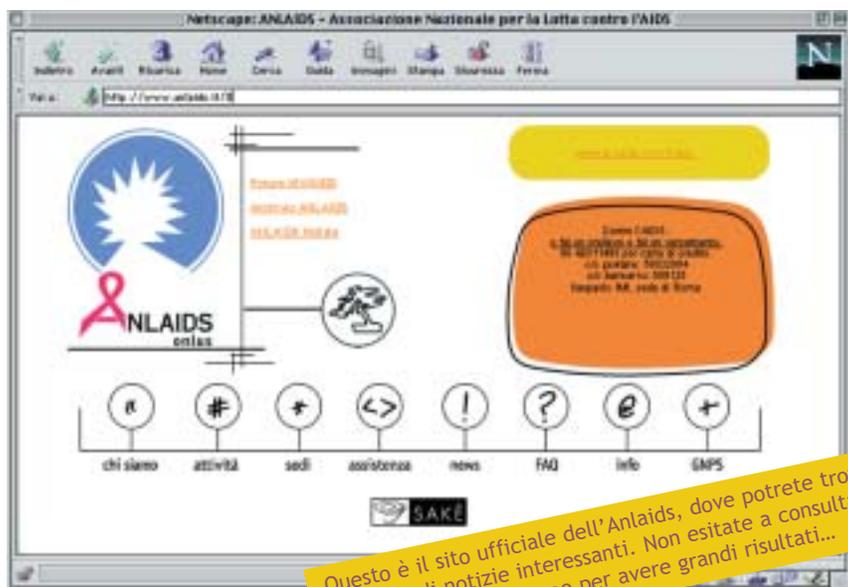


sulla trasmissione madre/figlio nei casi in cui sia la madre ad essere sieropositiva, dei rischi per le madri con Hiv in caso di aggravarsi della malattia in gravidanza. Si discuterà anche della legislatura esistente in materia, dei servizi offerti alle coppie da ospedali e Asl, dei sostegni socio-economici offerti da Comuni, Province e Regioni, dei servizi messi a disposizione dalle associazioni di volontariato.

L'ambizioso obiettivo del progetto è quello di arrivare alla costituzione di una rete e alla formulazione di un documento che contenga delle proposte concrete da presentare agli organi competenti. Per informazioni più dettagliate sul programma e per le modalità di iscrizione (gratuita) al workshop potete rivolgervi alla segreteria sociale di Anlaids sezione Lombardia allo 02/33608683 oppure allo 02/33608687, fax 0233608685.

I due giorni di lavoro non comprenderanno però solo confronti e scambi di esperienze, analisi dei desideri e dei bisogni, ma anche incontri informativi su altre tematiche strettamente connesse e di importanza fondamentale nella comprensione complessiva del fenomeno. Si parlerà dunque di tematiche di tipo scientifico come terapie, metodologie di inseminazione nel caso di padre Hiv +, dei rischi

[www.anlaids.it](http://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:**  
Carlo Buffoli  
Valeria Calvino  
Sergio Ceccone  
Simone Cerri  
Pierluigi Ciranni  
Viviana Colombassi  
Francesca Del Rosso  
Margherita Errico  
Daniela Guidotti  
Sara Saietti  
Susanna Scardellato  
Laura Simoni

**EDITORE**  
INTERMEDIA srl,  
via Cefalonia, 24  
25124 Brescia  
Tel. 030.226105  
fax 030.2420472  
mediabs@tin.it

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

**COMITATO ETICO-SOCIALE**  
Rosy Bindi  
Marida Bolognesi  
Ombretta Colli  
Fiore Crespi  
Francesca Danese  
Ombretta Fumagalli Carulli  
Gabriella Gavazzeni  
Maria Adelaide Ghenger  
Domiziana Giordano  
Carmela Maietta

  
Coordinamento  
Nazionale  
Persone  
Sieropositive

**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