

Periodico per le donne

Parliamo



Gruppo Nazionale Persone Sieropositive Anlaids



EDITORIALE

I "senza volto" dell'HIV

Oggi la nuova emergenza per quanto riguarda l'HIV si chiama sommerso: secondo il virologo Stefano Vella, presidente dell'International Aids Society, il 50% dei 100.000 sieropositivi stimati in Italia non sa infatti di aver contratto l'infezione. Il che significa che nel nostro Paese esiste un sommerso di dimensioni gigantesche, pericoloso per se stesso e per gli altri. Persone che non sapendo di essere sieropositive iniziano a curarsi in uno stadio avanzato della malattia, quando cioè diventa più difficile contrastarla, perché le capacità di risposta del sistema immunitario sono diminuite; o che non prendono alcuna precauzione, col rischio di diffondere il virus. Un sommerso che coinvolge per lo più persone cosiddette "normali", quelle cioè che rientrano nella categoria degli eterosessuali, sempre trascurata perché ritenuta non a

rischio. Un ruolo fondamentale in questa strategia di prevenzione lo può giocare senz'altro il medico di famiglia. Ed è per questo che insieme agli amici di Intermedia, editori di questa rivista, e alla Società Italiana di Medicina Generale, abbiamo studiato un'iniziativa che coinvolgerà complessivamente un migliaio di medici di famiglia. Il progetto prevede l'organizzazione di 32 corsi in altrettante città italiane, in cui un medico della SIMG, esperto di malattie infettive, un infettivologo e un nostro attivista, tutti del posto, parleranno di AIDS. Sarà un'occasione per tutti per fare il punto sulle

IN QUESTO NUMERO

2 Prostituzione e maternità

6 L'Aids spiegato ai medici

14 Trapianti: via libera del Ministro

16 Cura italiana per i bambini positivi



attuali modalità di trasmissione dell'infezione, definire le caratteristiche basilari dei farmaci impiegati nella terapia, ribadire la necessità del counselling e della prevenzione. I corsi, che si concluderanno entro l'estate, hanno avuto un prologo lo scorso mese di marzo a Roma per la formazione dei 32 medici "formatori", chiamati poi ad organizzare i corsi nelle loro città d'origine. In quell'occasione ho sottolineato come, secondo me, l'intervento del medico di famiglia sia importante in generale, ma soprattutto per portare alla luce i nuovi sieropositivi.

È difficile infatti che il vecchio paziente HIV lasci il proprio specialista per entrare totalmente in carico del medico di famiglia. Credo però che anche chi convive con il virus da parecchi anni potrebbe trarre assoluto beneficio da questa ulteriore opportunità: per esempio ci consentirebbe di afferire alla struttura specialistica solo ed esclusivamente per l'HIV e le infezioni correlate e non per qualsiasi problema di salute.

Per il paziente da diagnosticare (o appena diagnosticato) il medico di famiglia assume invece un'importanza fondamentale. Non dimentichiamoci infatti che la popolazione da coinvolgere è quella che rientra nei canoni di normalità, ben inserita nel contesto sociale, con un lavoro, una famiglia, spesso seguita dallo stesso medico. Pazienti che il medico conosce bene, con cui, probabilmente, ha da tempo un rapporto fiduciario interpersonale e sa quindi come proporre di fare il test dell'HIV. Ma a sua volta anche il paziente è sicuro che, qualsiasi sia il risultato del test, gli sarà comunicato in forma strettamente privata. Non solo: di fronte a un risultato positivo, sa che il medico può aiutarlo a dare la notizia al partner e a tutto il nucleo familiare.

Un compito dunque non di poco conto, anche dal punto di vista emotivo. I medici devono infatti essere preparati a situazioni anche estreme, come per esempio scoprire che un paziente che fino all'esecuzione del test era nel loro immaginario una persona che rientra nei canoni della normalità, possa comunicare di aver contratto l'infezione in rapporti sessuali fuori dalla norma. A mio avviso, insomma, deve essere ben chiaro che l'esecuzione del test non è altro che aprire una porta fino ad oggi rimasta socchiusa, dove nella stanza non si sa cosa si può trovare.

Rosaria Iardino

Prostituzione



e maternità

BARBARA ROSSI

il problema della prevenzione sanitaria è centrale quando si affronta il fenomeno prostituzione, intesa soprattutto come prostituzione di strada, poiché tutti i rischi collegati al lavoro rendono le ragazze particolarmente esposte al contagio da malattie a trasmissione sessuale. Inoltre, nella quasi totalità dei casi, le gravidanze conseguenti a rapporti con clienti portano all'aborto, che purtroppo è ancora praticato in molti casi in centri clandestini. Ciò avviene perché le ragazze non si fidano dei Servizi pubblici, perché temono di essere denunciate e di ricevere il foglio di via.

Gli operatori dei Servizi medici privati, come Città Aperta, ambulatorio di Genova, testimoniano una massiccia affluenza di donne straniere, che invece non è così cospicua in Servizi pubblici che erogano le stesse prestazioni.

Maggiore è il grado di deprivazione e di sfruttamento in cui una ragazza che si

In molti casi la voglia di un figlio viene vissuta dalle "ragazze di strada" come una possibilità di riscatto morale per ricostruirsi un'identità positiva.



prostituisce vive, maggiori sono i rischi di contagio da malattie sessualmente trasmissibili e maggiori sono anche i casi di gravidanze.

La sessualità per una prostituta viene ad essere molto più complessa di quello che superficialmente si è portati a credere. La profonda necessità per la prostituta di scindere la vita privata da quella lavorativa, la porta spesso a non utilizzare alcuna precauzione durante i rapporti con il partner, aumentando notevolmente i rischi di contagio o di gravidanza.

Per ciò che concerne la scelta della maternità, è possibile affermare che viene vissuta diversamente da chi si prostituisce volontariamente rispetto a chi è costretta a farlo.

Nello svolgere l'attività di prostituta, l'auto-identificazione che la donna mette in atto rispecchia in gran parte la visione che il cliente ha di lei, con connotazioni se non proprio dispregiative almeno di scarso rispetto. È inevitabile una svalutazione di sé e la tendenza a considerarsi come gli altri la vedono. In molti casi la maternità viene allora vissuta come una possibilità di riscatto morale: il ruolo di prostituta viene infatti visto come una parte da recitare, staccata totalmente dal proprio vero io, che viene ad essere quello di madre. La donna si crea un mondo suo, "pulito", estraneo dalla vita lavorativa nella quale non investe mai nulla a livello affettivo.

Proprio per questa necessità di scindere la sfera privata da quella professionale è raro che una prostituta porti avanti una gravidanza conseguenza di un rapporto con un cliente, tranne in rari casi, per esempio quelli delle ragazze quasi schiavizzate, poiché la gravidanza è una via di fuga dalla realtà in cui vivono.

La gravidanza conseguenza di rapporti che appartengono alla sfera privata ha sicuramente più opportunità di essere portata a termine, anche in situazioni di forte sfruttamento, in cui l'aguzzino è spesso il padre del bambino, che diventa in questi casi arma di ricatto.


La necessità di crearsi uno spazio di vita in cui essere se stessa, senza dover interpretare alcun ruolo, rende la maternità per una prostituta un modo per struttu-

rare un mondo morale, antitetico a quello professionale, socialmente approvato, in cui ricostruirsi un'identità positiva.

Un figlio diventa così l'unico soggetto col quale, nell'interazione faccia a faccia, si ha una percezione di sé totalmente positiva e quasi idealizzata, che dà la possibilità di ridimensionare l'importanza della sfera professionale.

La necessità di un riscatto morale è sentita maggiormente da prostitute che non hanno un buon rapporto con la professione e cercano una realtà alternativa in cui





avere una auto-percezione di sé nettamente scissa da quella lavorativa.

Le prostitute emancipate, le cosiddette sex-worker, invece, raramente hanno figli, poiché la loro autostima non diminuisce per influenza della professione che svolgono. Per loro l'aver o non avere figli è legato ad una scelta professionale in cui la vita privata è quasi totalmente fagocitata dal lavoro. Il lavoro non si limita al rapporto prostituta-cliente, ma si allarga su scala più ampia e diventa rapporto prostituta-società in quanto lotta per vedere riconosciuti i loro diritti e per rendere condiviso socialmente il concetto di prostituzione professionale. Questo perché, per queste donne, la prostituzione è un lavoro normale, degno di rispetto e di un trattamento paritetico a quello di altre professioni. La maternità è considerata una scelta, e la rinuncia ad essa per motivi legati al lavoro non è da escludere, un po' come avviene per una qualsiasi professionista in carriera.

Si può quindi rilevare che maggiore è il grado di libertà e auto-consapevolezza nella prostituzione, minore è il valore di riscatto sociale che assume la maternità; più alto è il grado di coercizione da parte

di altri nella scelta di prostituirsi, maggiore è il valore di riscatto sociale della maternità.

Ciò che appare preoccupante è il fatto che siano proprio le ragazze più deprivate e in condizione di maggior disagio - come albanesi, nigeriane e italiane tossicodipendenti - ad essere esposte a rischio di contagio da malattie o a rischio di gravidanza. E proprio il fatto che siano ai margini della società e della legalità rende difficile il loro rapporto con i servizi socio-sanitari, sia per ciò che riguarda la prevenzione che la cura. Nel caso di positività all'HIV è difficoltoso iniziare terapie e avviare con queste ragazze un rapporto terapeutico costante e spesso è difficile la semplice diagnosi della malattia.

Per le interruzioni volontarie di gravidanza, nella migliore delle ipotesi si rivolgono ad ambulatori privati, altrimenti viene loro provocato l'aborto dagli sfruttatori o da abortisti privati, spesso improvvisati, che operano in condizioni igieniche aberranti. Questi ambulatori clandestini sono gli stessi in cui vengono praticate le infibulazioni, ma è difficile stimare la loro distribuzione sul territorio.



L'Aids

spiegato ai medici

L'infezione da HIV sta tornando ad essere una bomba ad orologeria anche nei Paesi industrializzati. L'errata convinzione che le terapie antiretrovirali abbiano sconfitto la malattia ha prodotto una pericolosa disattenzione anche verso le più elementari norme di prevenzione. Tanto è vero che ormai non si può più parlare di categorie a rischio, ma solo di un rischio elevato all'ennesima potenza per tutti, nessuno escluso.

Da qui la necessità di riprendere le campagne informative tra la popolazione generale, coinvolgendo in primo luogo il medico di famiglia, l'unico forse che per la familiarità e la conoscenza con i suoi assistiti, è in grado di percepire le situazioni di rischio e convincere il paziente a sottoporsi al test. Un ruolo delicato e una grande responsabilità che la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), in collaborazione con il Gruppo Italiano Terapie Anti HIV (GITA) e l'agenzia Intermedia, ha deciso di assumersi organizzando 32 corsi di formazione in altrettante città italiane. I corsi, che vedranno ogni volta sedersi in cattedra un medico formatore della SIMG, un infettivologo e una persona sieropositiva, tutti del luogo, coinvolgeranno complessivamente un migliaio di medici di famiglia.

Sono una donna e trovo che sia un'opportunità straordinaria. Certo, non l'ho pensata sempre così, ci sono stati momenti in cui la specificità di genere si è fatta sentire in maniera molto negativa. Il percorso formativo, di qualunque tipo, porta a contatto con mondi maschili, dove è necessario sfoderare aggressività fino a quel momento sconosciute per ottenere rispetto e considerazione. A volte ci sono dei prezzi da pagare e anche se spesso questo vale per tutti, è indubbio che per una donna far valere la propria specificità è una strada in salita. Tra le diversità dei due generi, quella del fisico, oltre ad essere la più evidente,

è anche quella che caratterizza di più le patologie con cui nel corso della vita possiamo venire a contatto. Molte di queste dipendono da fattori di tipo genetico o ormonale, e le si può combattere in vari modi, sia usando strategie farmacologiche, sia soprattutto scegliendo uno stile di vita appropriato. Molte altre invece sono malattie che si contraggono indipendentemente da caratteristiche di genere, ma solo per contagio.

L'AIDS è una di queste malattie. Come dicevo sono una donna, ed in questo caso non è una fortuna perché per le mie ca-

ratteristiche anatomiche posso più facilmente contrarre l'AIDS. Non so se tutte le donne lo sappiano. So che lo devo sapere. La mia prima paziente HIV-positiva è stata una donna e la prima persona a cui ha comunicato l'esito purtroppo positivo dell'esame sono stata io. È stata un'esperienza molto forte dalla quale ho imparato molto; perché dai pazienti si impara. Ne è ottima dimostrazione il fatto che una delle parti più interessanti del Corso Master su AIDS e Medici di Medicina Generale è stato l'incontro con Rosaria Iardino, responsabile nazionale del coordinamento delle persone sieropositive. Una donna, anche lei, attivamente impegnata in tutto ciò che può essere utile a debellare questa infezione e l'ignoranza che la circonda: l'informazione innanzitutto.


che lei, attivamente impegnata in tutto ciò che può essere utile a debellare questa infezione e l'ignoranza che la circonda: l'informazione innanzitutto.

I corsi. Una persona sieropositiva sarà sempre presente anche nei corsi periferici che svolgeremo in diverse città italiane. "I medici di medicina generale sono il punto di snodo in grado di far emergere il sommerso di questa patologia" dice Rosaria, e i medici della Società Italiana di Medicina Generale sono pronti ad una collaborazione, i cui obiettivi sono molto ambiziosi, ma possibili. Per prima cosa far emergere il sommerso, appunto: circa il 50% dei sieropositivi non sa di esserlo ed è nostro



RAFFAELLA MICHIELI

Responsabile Nazionale
Area Ginecologica SIMG,
Venezia



Un medico ma anche una donna: Raffaella Michieli analizza le malattie sessualmente trasmesse guardandole dalla parte dell'universo femminile e racconta il suo primo impatto con l'HIV.

compito indagare sulle abitudini sessuali dei nostri assistiti e farci confidare i possibili comportamenti a rischio, cui a volte anche persone inospettabili vanno incontro. Il counselling in questo campo è molto delicato, ma deve essere preciso, perché di sicuro nei nostri ambulatori abbiamo pazienti che hanno contratto il virus e che, non sapendolo, possono contagiare il/la partner. Sta infatti crescendo la quota dell'infezione trasmessa per via eterosessuale e sta crescendo la percentuale di donne infettate dal virus, che ormai si aggira sul 30%. L'anatomia dell'apparato genitale femminile è tale per cui il contagio risulta più facile ed è facile inoltre che le giovani usino come contraccettivo la pillola e non si proteggano anche con il preservativo in caso di rapporti occasionali.

La prevenzione. Ottimo momento quindi, quello del counselling sessuologico, per dare informazioni sia alle/agli adolescenti che alle persone più adulte, e raggiungere il secondo fondamentale obiettivo, la prevenzione, attuata informando i pazienti sulle modalità di trasmissione/acquisizione dell'infezione e sui comportamenti a rischio, e proponendo loro adeguati sistemi di protezione. È ovvio che per fare ciò i medici devono essere ag-

giornati sull'epidemiologia della malattia: per questo un infettivologo sarà presente durante i corsi periferici, che vedranno coinvolti in ogni città una trentina circa di medici di medicina generale. Le cifre dell'infezione, infatti, sono impressionanti: nonostante il miglioramento ottenuto dalle nuove terapie, i casi d'infezione non tendono a diminuire, ed in Italia il numero di persone sieropositive viventi si aggira attorno alle 100.000.

Nei nostri ambulatori bisognerà perciò dare più spazio ai colloqui sulla contraccezione, soprattutto con le donne, cui storicamente è affidata la gestione di questo aspetto della sessualità, usando questo spunto per indagare sui comportamenti a rischio.

La terapia. La presenza del collega infettivologo sarà molto importante anche per parla-

re di gestione condivisa dei pazienti con HIV. "Il paziente con HIV è abituato ad accedere direttamente al centro specialistico; è ora che per le patologie minori possa rivolgersi al suo medico di famiglia, senza timore che i farmaci prescritti possano interagire con la terapia antiretrovirale", dice Rosaria Iardino. E infatti uno degli obiettivi di questi incontri è l'aggiornamento sulle terapie antiretrovirali che spesso sono gravate da tali effetti collaterali che il paziente ne è gravemente condizionato. Se pur gestite dal centro infettivologico, è necessario che anche il medico di famiglia sia in grado di parlare al paziente, consigliarlo e attenuarne le ansie. La lipodistrofia per esempio - effetto collaterale frequente di alcuni farmaci antiretrovirali, che comporta un accumulo di grasso a livello addominale e un'atrofia del volto - sarà un

problema maggiormente vissuto da parte delle pazienti, che dovranno subire un effetto anche visibile dell'assunzione delle terapie. A volte inoltre l'assunzione di terapie cosiddette naturali può provocare non solo interazioni con i farmaci contro l'HIV, ma inficiarne l'efficacia. Anche su questo i medici di medicina generale dovranno porre attenta sorveglianza.

La SIMG. Ancora una volta siamo in prima linea, rispondiamo alle esigenze dei malati e dei nostri colleghi, con tempestività e competenza, con le giuste collaborazioni con gli specialisti e le associazioni dei malati. Vorrei dire, questa volta, che rispondiamo in particolare anche alle esigenze delle donne, al loro bisogno di vivere una sessualità sicura e al mantenimento della loro salute.

negli ultimi anni, le tematiche e i problemi correlati alla valutazione della qualità nel campo delle politiche sanitarie per l'infezione da HIV si sono arricchite di nuovi argomenti. In primo luogo, abbiamo assistito alla progressiva modificazione dei criteri e degli standard di valutazione di esito della prestazione sanitaria, con l'introduzione di parametri che sono divenuti criteri obbligatori per la valutazione di efficacia nei trial farmacologici, come la qualità di vita. Questo passaggio ha contribuito al consolidamento di una nuova cultura della cura medica che, in letteratura, può essere colta seguendo l'emergente affermazione di un modello interpretativo multidimensionale della malattia, denominato "modello biopsicosociale".

A trenta anni di distanza dalla sua introduzione, la validità di tale modello scientifico è universalmente riconosciuta ed accertata. Questo ha permesso una profonda ridefinizione degli obiettivi delle politiche sanitarie, che hanno progressivamente incluso i fattori

...Nella pratica medica, è esperienza clinica corrente constatare che "utenti soddisfatti" ed "utenti insoddisfatti" esprimono comportamenti diversi nei confronti dell'offerta sanitaria erogata...

SOCIETÀ

L'importanza di saper ascoltare

umani e psicosociali nella pianificazione dei programmi di sanità pubblica. Tematiche quali l'aderenza terapeutica e la qualità della vita rappresentano, allo stato attuale, autentiche priorità sanitarie, delineando nuovi ambiti e nuove necessità di integrazione tra gli aspetti biomedici dell'assistenza e le dimensioni psicologiche e sociali dell'intervento medico.

Aderenza alla HAART e soggettività/soddisfazione del paziente. Nella pratica medica, è esperienza clinica corrente constatare che "utenti soddisfatti" ed "utenti insoddisfatti" esprimono comportamenti diversi nei confronti dell'offerta sanitaria erogata. È altrettanto noto che il livello di soddisfazione influenza anche l'interazione del paziente con l'organizzazione sanitaria e con le prescrizioni mediche ricevute. Più il paziente è soddisfatto, migliore sarà l'aderenza al trattamento, con la conseguente riduzione dei costi sociali e sanitari associati al fallimento dell'azione medica. In questa dinamica, l'organizzazione del rapporto interpersonale assume una particolare importanza. I pazienti sono molto attenti a come vengono trattati dal medico ed utilizzano il loro parametro di soddisfazione per giudicare ed operare inferenze sulla qualità globale delle cure che ricevono. Si osserva talvolta che i pazienti costruiscono la loro valutazione soggettiva di qualità della cura sulla base di aspettative ed idee disfunzionali ed irrealistiche. Alcuni pazienti possono, ad esempio, sovrastimare i

poteri di determinate terapie o aspettarsi da un farmaco sperimentale la totale guarigione. Naturalmente, il grado di soddisfazione del paziente varierà nella misura in cui il medico saprà riconoscere ed incontrare ciò che il paziente cerca, desidera e si aspetta. In questa prospettiva, il rischio di insoddisfazione si ridurrà quando (e se) il medico saprà trattare e rimuovere tutto ciò che di irrealistico o disfunzionale il paziente attende. È, infatti, precisa responsabilità del medico recepire ed orientare le aspettative del paziente, concorrendo - attraverso questo processo - ad una continua ridefinizione degli standard assistenziali, personalizzandoli ed adattandoli ai bisogni reali dei pazienti. Ciò che, invece, per tanto tempo è avvenuto è esattamente il contrario: nonostante l'evidenza di una mutualità del rapporto, molta cultura medica continua a credere che sia il paziente a doversi adattare allo standard assistenziale, alla cura o - in definitiva - al volere/potere indiscutibile del medico. Non sorprende, quindi, che "la soddisfazione del paziente" continui ad essere considerata da molti operatori sanitari come un accessorio desiderabile ma sostanzialmente marginale della professione medica. Probabilmente, se ciò non fosse avvenuto, non ci affanneremmo oggi a rintracciare il filo rosso che unifica i problemi della qualità della vita e quelli della bassa aderenza terapeutica, quelli del rapporto medico-paziente e quelli della qualità degli interventi, tutti temi che rimandano all'importanza che, in un sistema sanitario avanzato, riveste l'elemento soggettivo.

Il paziente con infezione da HIV quale soggetto ed utilizzatore attivo del trattamento medico. Fatta eccezione per i casi in cui vi è un'emergenza/condizione che lo rende inerte, ogni paziente opera sui trattamenti, le prescrizioni, i dosaggi, le informazioni e le pratiche di cura una lunga serie di aggiustamenti. Tali aggiustamenti - propriamente o impropriamente agiti dal paziente - sono finalizzati a rendere il regime terapeutico compatibile con il proprio sistema abituale di riferimento, la propria condizione, il proprio progetto di vita, le proprie valutazioni soggettive di stato e malattia.

In oltre il 70% dei casi, i motivi che supportano i comportamenti di non aderenza (NA) ai trattamenti medici sono di natura intenzionale. La presenza di effetti collaterali dei farmaci spiega solo il 20% del fenomeno della NA. È interessante osservare che, nella maggior parte dei casi, il comportamento intenzionale di NA è legato a fattori legati alla presenza, nei pazienti, di condizioni, idee, aspettative e convinzioni preesistenti e/o socialmente costruite. La conseguenza pratica di questo processo è che non occupandosi del paziente in quanto *soggetto ed elaboratore attivo* della contrattazione e dell'informazione sanitaria, la tanto citata "guardia" nella lotta all'epidemia si abbassa, e sia le cure mediche che gli interventi preventivi non raggiungono gli obiettivi sanitari prefissati.

Se il medico non conosce e non rimuove le false aspettative dal percorso di cura, il paziente continuerà ad utilizzare *a modo suo* la prescrizione medica, operando aggiustamenti, omissioni ed errori che possono avere un impatto devastante sulla reale efficacia della cura prescritta. Soprattutto se si continua ad ignorare la presenza, nella vita di molti pazienti in HIV/AIDS, di condizioni quali la povertà, la patologia mentale e/o la tossicodipendenza, si renderà ingestibile anche il regime terapeutico più semplificato.

L'esperienza del Cotugno. In ottemperanza a quanto consigliato e scritto in innumerevoli documenti ufficiali, è stata realizzata una struttura sanitaria che fornisce assistenza psicologica, psichiatrica, sociale e tossicologica al paziente con infezione da HIV, che ha bisogno di essere accolto e curato, anche e soprattutto se è tossicodipendente, detenuto, immigrato e/o senza fissa dimora.

A volte, leggendo le *flow-charts* o le guide informative disponibili, restiamo perplessi nel constatare lo scarto esistente tra la nostra esperienza quotidiana dei bisogni dei nostri pazienti e l'immagine astratta - puramente idealizzata - che emerge da questionari, protocolli e consigli di cura. Linguaggi colti e raffinatezze burocratiche, protocolli farmacologici che considerano scontati i tre pasti al giorno ed il possesso di un frigorifero, interi manuali per illustrare la compilazione di un modulo e questionari esasperanti anche per il più colto dei pazienti. Questa è, attualmente, l'offerta italiana psicosociale e educativa per l'AIDS. Non è certamente questa, nella nostra esperienza, la realtà psicosociale dell'AIDS.

Forse pensare all'Africa come qualcosa che non è poi così lontano da certe realtà di San Francisco, potrebbe essere - come dimostra un recente studio condotto sull'aderenza alla HAART nei pazienti senz'altro americani - un buon esercizio e buona pratica. Meglio ancora sarebbe offrire al paziente con infezione da HIV dei programmi di assistenza psicosociale di efficacia sperimentata, fattivi e concreti.

Per questo, al Cotugno proviamo a realizzare programmi di ricerca/intervento che occupano professionisti provenienti da ambiti compositi e diversi. Nel nostro gruppo di lavoro, convivono - a titolo spesso volontario - educatrici e psicologi del lavoro, sociologi e psicoanalisti, counsellors ed esperti di infanzia ed adolescenza, terapeuti di coppia ed analisti di costi sanitari. Grazie a questa vivificante mescolanza di saperi, Il Cotugno di Napoli oggi è uno dei pochi ospedali dove, con uno screening all'ingresso, vengono valutati e prevenuti i fattori di rischio per i comportamenti violenti e/o suicidari dei pazienti in regime di ricovero, e che sperimenta, esattamente come si fa con i farmaci, modelli alternativi di assistenza e supporto psicosociale alle persone con infezione da HIV.

Tratto da: *La soggettività del paziente nella valutazione di qualità degli interventi sanitari in materia di HIV/AIDS*

FABRIZIO STORACE*, MARIA LUIGIA FUSCO*,
AGOSTINO CASELLE**

*Servizio di Psichiatria di Consultazione ed
Epidemiologia Comportamentale

** Servizio relazioni con il pubblico
A.O. "D. Cotugno", Napoli

ATTUALITÀ → Il sesso ai tempi

negli ultimi anni un numero crescente di pazienti HIV-positivi in trattamento antiretrovirale con regimi di combinazione a elevata attività (*highly active antiretroviral therapy*-HAART) ha riferito disfunzioni sessuali, principalmente deficit dell'erezione e riduzione del desiderio sessuale. In molti casi l'insorgenza di questi disturbi è coincisa con l'inizio di una terapia con inibitori della proteasi (IP). Soprattutto la disfunzione erettile o impotenza è un problema molto sentito dai pazienti in buone condizioni generali, perché crea ansia e insicurezza nei rapporti interpersonali. Essa è definita come l'incapacità di raggiungere e mantenere un'erezione del pene sufficiente a permettere un rapporto sessuale soddisfacente. Può essere dovuta a cause psicologiche, ormonali, neurologiche, vascolari, o a una combinazione di questi



del Viagra

SALVATORE SOLLIMA

Istituto di Malattie Infettive e Tropicali
Ospedale Luigi Sacco, Milano

fattori; anche diversi farmaci o malattie possono causare disfunzione erettile, danneggiando una o più componenti del meccanismo dell'erezione. La prevalenza del disturbo nella popolazione generale è del 5% circa negli uomini di età compresa tra i 18 e i 45 anni, e aumenta progressivamente con l'età. Negli uomini HIV-positivi il rischio di disfunzione erettile aumenta anche con la progressione della malattia.

Poiché nelle sperimentazioni cliniche intese a verificare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità degli IP le disfunzioni sessuali erano riportate solo occasionalmente, di recente sono stati condotti numerosi studi con l'obiettivo specifico di verificare se e come tali farmaci possono determinare disturbi sessuali.

In uno studio spagnolo pubblicato su "AIDS" nel 1999, E. Martinez ha descritto 14 uomini su 260 (5%) con infezione da HIV che lamentavano problemi sessuali (disfunzione erettile, riduzione del desiderio sessuale e/o incapacità di eiaculare) insorti in me-

dia 9 mesi dopo l'inizio della terapia con IP. Alcuni di questi pazienti avevano precedentemente effettuato terapia con soli inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa (NRTI), senza avere nessuno di questi disturbi. Nello stesso anno, R. Colebunders ha pubblicato su "Lancet" i risultati di uno studio belga: dall'analisi delle risposte a un questionario anonimo sottoposto a 97 pazienti (77 maschi e 20 femmine) in trattamento con IP, è emerso che 40 (41%) riferivano un calo del desiderio dopo l'inizio della terapia, mentre 27 uomini (35%) lamentavano disfunzione erettile. I disturbi si erano manifestati con tutti i regimi contenenti IP, senza differenza significativa tra i vari IP. Nel 2000 A. Colson ha presentato alla 7° Conferenza sui Retrovirus e le Infezioni Opportunistiche i dati di uno studio condotto negli Stati Uniti: su 217 uomini che avevano iniziato una terapia con IP, il 33% aveva manifestato disfunzioni sessuali dopo un tempo mediano di 1,6 anni. Quelli che facevano uso di IP avevano una probabilità di svi-

luppare disturbi sessuali 3,4 volte superiore rispetto a chi non li assumeva. Il ruolo causale di questi farmaci nello sviluppo di disfunzioni sessuali è confermato indirettamente, come ha riportato R. Colebun-

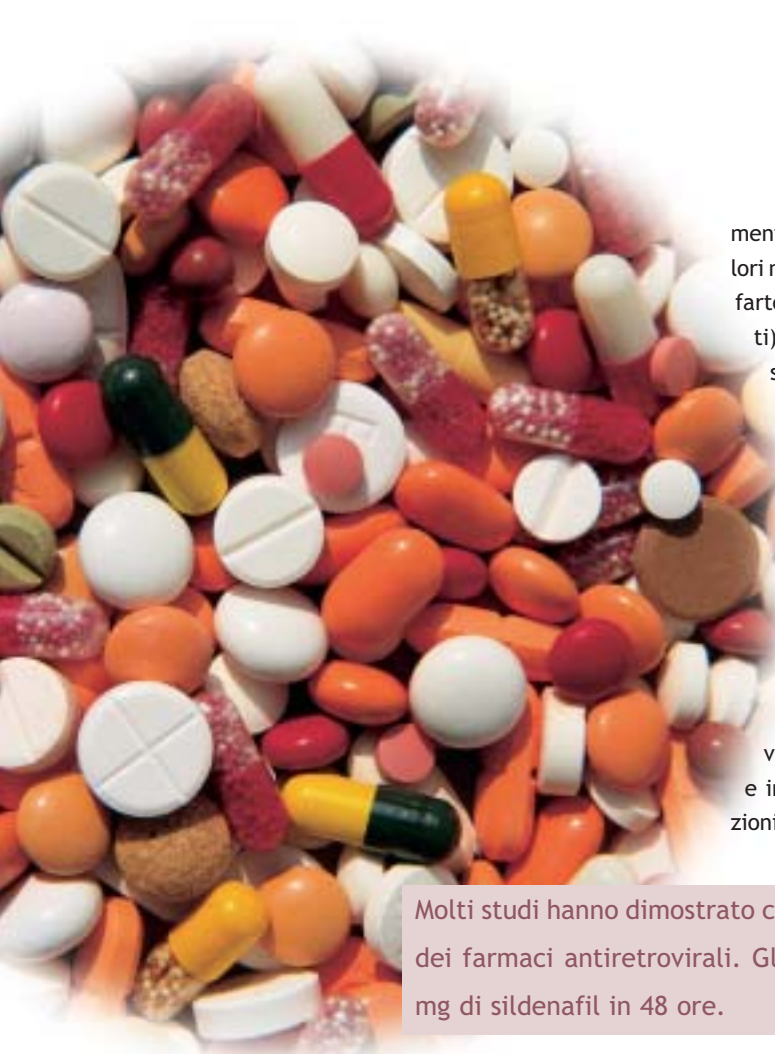
ders su "Lancet" nel 2001, anche dall'osservazione che i pazienti con disfunzione erettile insorta durante il trattamento con IP riportavano una regressione o una scomparsa del disturbo quando passavano a un regime di terapia senza IP.

W. Schrooten ha descritto su "AIDS" nel 2001 i risultati di uno studio europeo multicentrico che ha incluso 904 pazienti in terapia antiretrovirale: il calo del desiderio era significativamente più frequente in chi (maschi e femmine) assumeva IP (308 su 766, 40%) rispetto al gruppo di controllo (22 su 138, 16%); allo stesso modo, la disfunzione erettile era molto più frequente nei maschi in trattamento con IP (216 su 628, 34%) rispetto a quelli non in trattamento (12 su 99, 12%). Tra i diversi IP, indinavir (Crixivan) e ritonavir (Norvir e, a dosaggio ridotto, uno dei componenti di Kaletra) erano quelli che più frequentemente davano tali disturbi.

Infine, sempre nel 2001, S. Sollima ha pubblicato su "AIDS" i risultati di uno studio condotto presso l'Istituto di Malattie Infettive e Tropicali dell'Ospedale L. Sacco. Sulla base di un'intervista condotta su 334 uomini HIV-positivi di età compresa tra 18 e 45 anni, 30 (9%) hanno riferito disfunzione erettile. Ventiquattro dei 30 pazienti con disfunzione erettile (80%) erano in trattamento con IP; 21 assumevano indinavir. Dallo studio erano esclusi i pazienti con disturbi psichiatrici, insufficienza epatica, diabete mellito, ipertensione arteriosa, abuso corrente di

L'impotenza è oggi uno dei problemi che assilla maggiormente i pazienti con HIV, creando ansia e insicurezza nei rapporti interpersonali.





mente possono verificarsi anche rossore o dolore agli occhi, dolori muscolari, reazioni allergiche. Sono stati segnalati anche infarto e ictus (di solito in pazienti con problemi cardiaci già noti). Esso è controindicato nei pazienti che fanno uso di sostanze che contengono nitrati, come per esempio alcuni farmaci che si usano per trattare gli attacchi di angina pectoris. È inoltre controindicato in presenza di cardiopatie, insufficienza epatica, vasculopatia cerebrale, retinite pigmentosa, ipotensione arteriosa, alcune malattie del sangue (anemia falciforme, leucemia, emofilia, mieloma).

Poiché il Viagra è metabolizzato nell'organismo attraverso le stesse vie che metabolizzano gli IP, l'interazione tra questi ultimi e Viagra è stata studiata da vari autori. C. Merry, in uno studio pubblicato su "AIDS" nel 1999, ha verificato che la somministrazione contemporanea di Viagra e indinavir non altera in maniera significativa le concentrazioni plasmatiche di quest'ultimo, mentre il livello plasmatico

Molti studi hanno dimostrato che l'assunzione del Viagra non altera la funzione dei farmaci antiretrovirali. Gli esperti consigliano però di non superare i 25 mg di sildenafil in 48 ore.

alcool o stupefacenti: tutti fattori che possono di per sé essere causa di disfunzioni sessuali. Lo studio ha dimostrato che i pazienti in terapia con indinavir corrono un rischio di sviluppare disfunzione erettile 3,8 volte superiore rispetto a quelli che non sono in terapia con indinavir. Sembra, inoltre, che il farmaco causi tale disturbo attraverso un danno neuropatico a livello delle vie nervose che si portano ai genitali.

Il nelfinavir (Viracept) non causerebbe disfunzione erettile, mentre non è stato possibile valutare il ruolo di altri IP a causa dell'esiguo numero di pazienti in trattamento all'epoca dello studio. Gli inibitori della trascrittasi inversa, nucleosidici e non nucleosidici, non sembrano aumentare il rischio di disfunzione erettile. È stato inoltre osservato che la funzione erettile migliorava nella maggior parte dei pazienti che sostituivano indinavir con un inibitore della trascrittasi inversa. Il disturbo scompariva, inoltre, anche nei pazienti che, continuando ad assumere indinavir, facevano uso di sildenafil (Viagra). Questi ultimi, peraltro, non riferivano alcun effetto collaterale associato all'assunzione di Viagra 25 mg.

Il Viagra è un farmaco che, rilassando i vasi sanguigni del pene, ne aumenta l'afflusso di sangue in presenza di uno stimolo sessuale. Va assunto lontano dai pasti, circa 1 ora prima dell'attività sessuale ed è di solito ben tollerato. È sconsigliato il consumo contemporaneo di alcool. I possibili effetti collaterali sono: mal di testa, rossore al viso, vampate di calore e, più raramente, disturbi della digestione, capogiri, naso chiuso, disturbi della vista (quali maggiore intensità dei colori, maggiore brillantezza della luce, offuscamento della vista); molto rara-

di Viagra è 4 volte più alto di quello che si raggiunge quando viene assunto in assenza di indinavir. Anche ritonavir e saquinavir (Fortovase), come descritto da GJ Muirhead nel 2000 sul "British Journal of Clinical Pharmacology", risultano aumentare le concentrazioni plasmatiche di Viagra, mentre la loro concentrazione risulta invariata. Visto che ciò può accentuare gli effetti collaterali del Viagra, ne consegue che, nei pazienti che assumono IP, la dose di Viagra raccomandata non deve superare i 25 mg ogni 48 ore.

Da qualche mese è in commercio un nuovo prodotto a base di apomorfina, l'Uprima, che agisce sul meccanismo dell'erezione a livello del sistema nervoso centrale e che non sembra avere alcuna interazione con gli IP. Le compresse, da 2 mg, vanno fatte sciogliere sotto la lingua circa mezz'ora prima dell'atto sessuale; è necessario che trascorra un intervallo di almeno 8 ore prima di assumerne un'altra dose. Il farmaco è controindicato nei pazienti con problemi cardiaci o pressori (iper o ipotensione arteriosa) e nei casi di insufficienza epatica. I possibili effetti collaterali comprendono: nausea, mal di testa, capogiri e, raramente, sbadigli, riniti, faringiti, sonnolenza, vampate di calore, alterazione del gusto e sudorazione. Sono stati segnalati anche casi di svenimento.

Concludendo, la comparsa di una disfunzione erettile in un paziente HIV-positivo è un problema che va affrontato insieme allo specialista infettivologo e allo specialista urologo che, fatti gli accertamenti opportuni, consiglieranno il trattamento migliore. Le iniziative personali o i suggerimenti non specialistici sono da bandire perché potrebbero essere pericolosi sotto diversi punti di vista.

Da Durban a Barcellona

dal 7 al 12 luglio si terrà a Barcellona la XIV Conferenza Internazionale sull'AIDS. Dopo l'esperienza del 2000 a Durban, in Sudafrica, i massimi esperti mondiali tornano dunque in Europa per fare il punto su una malattia diventata ormai il simbolo del delta esistente tra il Nord e il Sud del mondo. Nei Paesi in via di sviluppo la pandemia sta spazzando via un'intera generazione di uomini e donne, mentre nel mondo ricco la possibilità di avere a disposizione i farmaci antiretrovirali sta consentendo di tenere sotto controllo il virus. Ma anche dove sono disponibili le terapie non mancano però i problemi. La comparsa di virus resistenti ai farmaci, l'intollerabilità manifestata nel lungo periodo ad alcune combinazioni; oppure la presenza di pesanti effetti collaterali che portano ad una minore attenzione alla compliance, aumentando di conseguenza la replicazione virale e i danni correlati, sono solo alcune delle tante domande a cui sono chiamati a rispondere i ricercatori di tutto il mondo. Ricercatori che non dimenticheranno comunque il Sud del pianeta: la XIV Conferenza di Barcellona sarà infatti l'occasione per presentare sia i risultati della cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, partita proprio da Durban, sia quelli dei primi test della sperimentazione sull'uomo del vaccino anti HIV, forse l'unica speranza per salvare i dannati del girone dell'AIDS. "La conferenza di Durban - sostiene Stefano Vella, presidente dell'International AIDS Society - ha avuto il grande merito di dare un impulso fondamentale alla cooperazione: tutto quello che si sta muovendo nel panorama internazionale per quanto riguarda i paesi poveri ha preso il via da quel convegno. Dopo Durban, il cui slogan era 'Break the silence', rompere il silenzio, qualcosa è cambiato. A giugno dello scorso anno, per esempio, si è addirittura tenuta una sessione speciale delle Nazioni Unite sull'AIDS: la prima seduta plenaria dedicata a una malattia. Ma quell'esperienza credo abbia segnato lo spartiacque anche per gli appuntamenti congressuali. Malgrado siamo tornati in Europa - prosegue Vella - quella di Barcellona sarà una conferenza diversa: al di là dell'aspetto scientifico, saremo infatti chiamati a verificare se il 'chiasso' di Durban è servito concretamente a qualcosa. Sarà un modo per valutare gli interventi attualmente operativi, per vedere se e quanto sono adeguati. Tra due anni torneremo quindi in un'altra area nella quale l'epidemia sta esplodendo, a Bangkok, nel sud est asiatico".





Trapianti

via libera del Ministro

La Commissione nazionale Aids e il Centro nazionale trapianti hanno definito le procedure che permetteranno di eseguire trapianti di fegato da cadavere in pazienti con infezione da HIV. Il criterio di inclusione nelle liste d'attesa verrà stabilito in base ad una serie di parametri attualmente in fase di elaborazione. Secondo quanto garantisce il Ministero della Salute, in tempi brevi saranno messi a punto anche i criteri per accreditare i centri che eseguiranno gli interventi: di sicuro si sa che tutti dovranno seguire un unico protocollo nazionale. La procedura - sottolinea però il ministero - non può essere ancora considerata una pratica medica consolidata. Per questo sarà necessaria una stretta sorveglianza nella definizione dei protocolli, dei centri, del numero di casi e della loro valutazione. Solo se si dimostrerà efficace e sufficientemente sicuro, il trapianto potrà diventare di uso corrente.



un sieropositivo. "L'esperienza accumulata in questi anni - prosegue Marino - in particolare nei Centri trapianto degli Stati Uniti, ha dato risultati positivi. Per questo ritengo che sia un percorso eticamente corretto da avviare immediatamente anche nel nostro Paese. Spero, infine - conclude Marino - che le istituzioni vogliano regolamentare e rendere eseguibile anche il trapianto di rene su soggetti HIV positivi e non soltanto quello di fegato. Questo tipo di intervento, infatti, anche se non salva la vita come nel caso del trapianto epatico, rappresenta per molti malati l'unica possibilità per tornare ad

per tutta la vita". Il paziente "ha delle aspettative di vita concrete ed è giusto riconoscergli il diritto al trapianto, pur con tutti i controlli del caso". Purtroppo, però, sottolinea Remuzzi, "in Italia non si è ancora accumulata una sufficiente esperienza in questo tipo di interventi, quindi è molto importante trasformare questa occasione in un grande progetto di ricerca nazionale". Secondo lo specialista i punti da chiarire sono numerosi. Primo tra tutti, "l'effetto dei farmaci anti-rigetto sull'organismo di un individuo sieropositivo, già immunocompromesso". Prevedere questo effetto "è impossibile:

Il criterio di inclusione nelle liste d'attesa verrà stabilito in base a una serie di parametri attualmente in fase di elaborazione. Solo se si dimostrerà efficace e sufficientemente sicuro, il trapianto potrà diventare di uso corrente.

una buona qualità di vita e dire addio alle lunghe ed estenuanti sedute di dialisi". Un risultato molto positivo, ottenuto nel rispetto pieno delle regole. Questo il commento di Alessandro Nanni Costa, responsabile del Centro nazionale trapianti. "Stiamo ancora limando i criteri di ammissibilità - spiega Nanni Costa - ma di certo non verrà creata una lista apposita per i sieropositivi".

Il via libera ai trapianti nei soggetti sieropositivi è un provvedimento "molto opportuno" anche per Giuseppe Remuzzi, direttore del dipartimento Trapianti dell'ospedale di Bergamo-Istituto Mario Negri. "Approvo il provvedimento - dice Remuzzi - perché oggi l'Aids è una malattia con cui si può convivere per anni, o

può essere che bastino dosi di farmaco minori (data la debolezza delle risposte immunitarie nelle persone con HIV), ma può anche darsi che questi medicinali debilitino ulteriormente il paziente favorendo il virus".

Critico infine il prof. Ferdinando Aiuti, immunologo della Sapienza. "La norma non si deve limitare al fegato ma deve essere estesa ad altri organi come rene e cuore, spesso danneggiati in pazienti con questa patologia. Inoltre - sostiene Aiuti - i criteri di inclusione nei trapianti di fegato fissati dalla commissione sono troppo restrittivi per i malati di infezione da HIV e, se applicati, finirebbero per escludere la maggior parte dei possibili candidati".

Le reazioni. "Questa apertura del ministero della Salute rappresenta certamente un dato importante. E l'Ismett si candida per effettuare gli interventi". Lo dice Ignazio Marino, direttore dell'Istituto Mediterraneo per i Trapianti di Palermo (ISMETT), l'unico centro italiano dove è stato già eseguito un trapianto di rene da donatore vivente su



Cura italiana per i bambini “positivi”

Ogni giorno nel mondo 2000 bambini nascono con il virus dell'HIV: 83 all'ora, più di uno al minuto. Per la stragrande maggioranza vengono al mondo in Africa o nel sud-est asiatico, regioni ancora oggi ad altissima endemia, dove il 30% delle donne in età fertile è sieropositiva e le possibilità di effettuare il test in gravidanza e di somministrare i farmaci sono molto limitate. In Occidente la disponibilità degli antiretrovirali sta fortunatamente riducendo la progressione di malattia nei bambini, ma anche da noi i numeri non ci consentono di sottovalutare il problema. In Italia si stima che annualmente nascono 600 bambini da madre sieropositiva: 6.000 dall'83, 1500 dei quali hanno contratto l'infezione e 500 sono purtroppo già morti. Per questo gli esperti insistono perché tutte le donne effettuino sempre il test in gravidanza, per poter eventualmente iniziare con tempestività la terapia antiretrovirale, programmare il taglio cesareo, evitare l'allattamento al seno: per mettere cioè in atto tutte quelle precauzioni che hanno contribuito a ridurre il rischio di contagio fra madre e figlio al momento della nascita o

Publicato da *Lancet* lo studio Penta 5 coordinato dai ricercatori di casa nostra

subito dopo il parto dal 25-30% degli anni Ottanta-Novanta al 2% attuale. Nel frattempo, dal fronte della ricerca arriva una notizia confortante. Uno studio, denominato PENTA 5, coordinato dal dott. Carlo Giaquinto, del Dipartimento di Pediatria di Padova, e pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica Lancet, ha dimostrato come le combinazioni terapeutiche contenenti 3TC siano le più efficaci nell'abbassare l'RNA virale e soprattutto siano ben tollerate dai bambini, rispetto per esempio a quanto osservato negli adulti. "In termini pratici - dice Giaquinto - questo studio, condotto su 128 bambini sieropositivi mai trattati di 9 paesi Europei, ha permesso di identificare una combinazione di farmaci - 3TC e Lamivudina - che rappresenta sicuramente un'eccellente associazione attorno a cui costruire un'efficace terapia del bambino con HIV".

La rete Penta. Penta è l'acronimo di Paediatric European Network for Treatment of Aids ed è un programma Europeo coordinato dal Dipartimento di Pediatria di Padova e finanziato dalla Comunità Europea, dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Medical Research Council inglese, dall'agenzia francese per la ricerca sull'AIDS e da altre nazioni europee. Si tratta di un programma nato nel 1991, che coinvolge 80 centri pediatrici di 13 Paesi e il cui scopo è di organizzare trial clinici per la valutazione dell'efficacia, della tollerabilità delle terapie antiretrovirali e della gestione terapeutica dei bambini con infezione da HIV.

"Il bambino affetto da HIV - spiega Giaquinto - va infatti trattato diversamente dall'adulto perché la sua storia naturale è particolare, visto che quasi sempre viene infettato quando il sistema immunitario è in fase di formazione. Anche le problematiche legate all'uso dei farmaci sono differenti: il bambino piccolo o l'adolescente spesso non accettano facilmente la somministrazione dei farmaci. Il grave problema della terapia nei bambini è che mancano le formulazioni pediatriche di molti farmaci, e non sempre le combinazioni terapeutiche che si sono ri-

velate efficaci nell'adulto sono utilizzabili nel bambino per la difficoltà a seguire correttamente i complessi regimi dei trattamenti antiretrovirali".

Oltre l'80% dei bambini arruolati in sperimentazioni cliniche in Europa negli ultimi dieci anni ha partecipato a studi PENTA. Ad oggi sono stati organizzati 8 studi clinici (a cui hanno partecipato circa 800 bambini), pubblicati sulle principali riviste internazionali, l'ultimo dei quali è appunto il Penta 5. Questi studi hanno portato alla definizione di nuove strategie terapeutiche e hanno permesso la registrazione di nuovi farmaci attualmente disponibili per i bambini con infezioni da HIV.

L'Italia è il Paese che fornisce alla rete PENTA il maggior numero di centri (25) e

la casistica più numerosa all'interno di tutti i suoi studi clinici. Nell'ambito del PENTA l'Istituto di Oncologia dell'Università di Padova coordina con altri laboratori europei diversi progetti sui meccanismi patogenetici dell'infezione da HIV nel bambino. Oltre alla sperimentazione dei farmaci antiretrovirali si stanno mettendo a punto alcune sperimentazioni per la valutazione della gestione del bambino sieropositivo. "In particolare - conclude Giaquinto - con lo studio Penta 8 (120 bambini arruolati) stiamo valutando l'efficacia dei test di resistenza nel follow up del bambino, mentre è in corso di pianificazione uno studio per la valutazione dell'interruzione strutturata della terapia in età pediatrica".

Romania maglia nera d'Europa

La Romania è il paese europeo più colpito dall'Aids pediatrico: si stima che alla fine degli anni Ottanta si siano infettati circa 15.000 bambini, che rappresentano più della metà dei minori infetti del vecchio Continente. La stragrande maggioranza si è infettata probabilmente attraverso le trasfusioni di sangue non testato e l'utilizzo di materiale non sterile. Attualmente in Romania, sebbene siano disponibili i farmaci antiretrovirali, solamente una parte dei bambini infetti è in terapia, sia per problemi di ordine organizzativo che economico. Recentemente 4 centri Romeni sono stati coinvolti nella rete PENTA e ciò permetterà di disegnare studi clinici in grado di definire delle strategie terapeutiche adatte alle esigenze di questi bambini. Sempre in Romania sono in corso diversi progetti che vedono la collaborazione di Istituzioni pubbliche e private internazionali allo scopo di migliorare l'assistenza dei bambini HIV positivi. In particolare Romanian Angel Appeal (www.raa.ro), un'associazione non governativa locale che da oltre 12 anni si interessa dei bambini con HIV, in collaborazione con la Fondazione Franco Moschino di Milano, ha sviluppato un progetto per la costituzione di una rete di "day clinic" in 8 città, in cui attualmente oltre 3500 bambini HIV positivi e le loro famiglie vengono seguiti da equipe multidisciplinari. Il progetto, iniziato nel 1997, ha avuto un grande successo sia per la novità della modalità organizzativa proposta che per l'impatto assistenziale raggiunto (oltre 36.000 interventi effettuati nel 2001). In questi anni il progetto si è diversificato in diversi sottoprogetti che hanno visto il coinvolgimento della World-Bank, della Comunità Europea, della Pediatric Aids Foundation americana e di altri importanti soggetti internazionali pubblici e privati.

A Parigi il primo distributore di preservativi femminili

Inaugurato a Parigi il primo distributore di preservativi femminili (un condom di un materiale molto morbido con cui le donne posso proteggersi anche quando il partner è restio all'uso di quello tradizionale).

Il distributore è stato installato nella stazione del metrò "Bonne Nouvelle". Con l'iniziativa, lanciata simbolicamente l'8 marzo, è stata avviata una campagna di informazione e prevenzione sull'infezione da HIV dedicata alle donne.

Altri 4 distributori saranno posizionati prossimamente in altre stazioni della metropolitana, mentre radio e televisioni trasmetteranno spot sulla prevenzione. La campagna avrebbe dovuto partire già dal 1° dicembre scorso ma gli organizzatori si sono scontrati con le resistenze della compagnia che gestisce i trasporti, poco disponibile a offrire spazi per le macchinette. Altro ostacolo il costo del preservativo femminile, chiamato Femidon, che oggi si può acquistare a 2 euro. Ma le associazioni anti-Aids si stanno battendo per ottenere la riduzione a 1 euro, prezzo considerato comunque alto dai militanti più agguerriti che vorrebbero costasse 0.50 euro.



Zambia: impossibile per il governo importare farmaci anti Aids

Per il governo dello Zambia è impossibile importare i farmaci necessari per la multiterapia anti-Aids, in grado di allungare la vita delle persone infettate dal virus dell'HIV. Colpa della mancanza di infrastrutture, ha ammesso il ministro della sanità del Paese africano. Per i responsabili della salute pubblica non è possibile importare antiretrovirali perché le capacità di stoccaggio sono inesistenti e le équipe mediche, soprattutto nelle zone rurali, non sono state formate per la somministrazione di questi medicinali né per seguire il trattamento. Nel Paese, per esempio, non ci sono laboratori in grado di misurare la carica virale. Secondo i responsabili della sanità sono necessari diversi milioni di dollari per organizzare le basi della lotta all'Aids in Zambia, dove un abitante su cinque, in tutti gli strati sociali, ha un'infezione da HIV. Il governo sta valutando il budget necessario per avviare un programma completo anti-Aids. Già a novembre lo Zambia aveva chiesto, in una trattativa fallita con la Banca mondiale, 50 milioni di dollari, di cui 3 milioni per comprare farmaci. Il governo, intanto, avrebbe ottenuto, da un accordo con un'azienda farmaceutica, la multiterapia a 25 dollari al mese per persona. Cifra, però, ancora molto elevata per la maggior parte degli zambesi.

news

Petizione al governo da "Azione Aiuto"

"Se pensi che non ci sia speranza ti sbagli. La tua voce può cambiare le cose". Con queste parole 'Azione Aiuto', sezione italiana dell'associazione internazionale 'ActionAid Alliance', ha lanciato "No poverty No Aids", la raccolta di firme per coinvolgere più direttamente il Governo italiano nel reperimento e nella gestione delle risorse destinate alla lotta contro l'Aids nei Paesi del Sud del mondo. Prima firmataria dell'iniziativa, il Nobel Rita Levi Montalcini. L'iniziativa vuole richiamare il governo agli impegni presi a Genova durante il G8 e prevede una raccolta di firme e l'invio di una cartolina scaricata dal sito Internet www.azioneaiuto.it. Con questa petizione si chiede in particolare al governo italiano: di "impegnare maggiori risorse nel sostenere la lotta all'HIV/Aids nei Paesi in via di sviluppo; intervenire direttamente e attraverso le organizzazioni internazionali delle Nazioni Unite; assicurarsi che gli interventi finanziati corrispondano alle esigenze delle popolazioni colpite e non solo agli interessi dell'industria dei farmaci; impegnarsi in tutte le sedi internazionali affinché i paesi più ricchi contribuiscano a rendere disponibili maggiori risorse, completando la cancellazione del debito e assicurando nuove risorse; impegnarsi in tutte le sedi internazionali affinché sia garantita ai Paesi in via di sviluppo la possibilità di ottenere e produrre i medicinali necessari nel modo per loro più conveniente".





Nuove infezioni, il 10% tra gli over 50

Il 10% delle nuove infezioni da Hiv riguarda gli over 50. E sono le donne ad essere più colpite con una crescita di nuovi casi, in Usa e Europa, del 40% negli ultimi 5 anni. Lo rivela il nuovo rapporto dell'Unaid, programma dell'Onu contro l'Aids, che raccomanda la promozione di campagne di informazione e prevenzione anche nei centri di cura per gli anziani. Per gli esperti, inoltre, è urgente lottare contro i pregiudizi, in molti Paesi del mondo, sulla sessualità in età matura e migliorare il dialogo con gli operatori sanitari. Secondo il Centro americano di controllo e prevenzione delle malattie (Cdc) l'età accelera la possibilità di sviluppo del virus e riduce l'efficacia della

La Ciclosporina nella terapia iniziale anti-HIV

I linfociti CD4 possono essere protetti e il progredire dell'infezione da HIV può essere rallentato se si aggiunge ciclosporina alla terapia antiretrovirale intensiva (Haart) iniziale. Infatti, la ciclosporina difende i CD4, ordinando loro di 'nascondersi' proprio nel momento in cui l'attacco dell'HIV è più intenso. Lo ha scoperto uno studio svizzero, a cui ha collaborato anche l'Istituto di Ricerca del San Raffaele di Milano, pubblicato sul 'Journal of Clinical Investigation'. I risultati hanno innanzitutto dimostrato che la ciclosporina non interferiva con la terapia Haart. A distanza di 48 settimane, inoltre, i nove pazienti che avevano ricevuto anche la ciclosporina mostravano di aver conservato un numero maggiore di linfociti T di tipo CD4 rispetto ai 29 pazienti trattati con terapia convenzionale e, in generale, il loro profilo immunologico risultava migliore.

terapia antiretrovirale. Non solo. Le malattie dell'invecchiamento, come l'osteoporosi, possono favorire complicazioni gravi. Le donne, poi, sono ancora più vulnerabili perché con la menopausa c'è meno lubrificazione durante i rapporti, le parti vaginali sono più sottili ed è più facile avere piccole ferite. Il preservativo, inoltre, è considerato, nella maggior parte dei casi, un mezzo di contraccezione e non di protezione. Per questo è raro che chiedano ai loro partner di usarlo.

Costa d'Avorio: condom in busta paga

Busta paga con preservativo. L'idea è venuta alla compagnia elettrica della Costa d'Avorio Cie, che ha pensato a questo 'escamotage' per fare prevenzione anti-Aids. L'azienda fornirà anche farmaci antiretrovirali ai dipendenti sieropositivi, grazie ad un fondo parzialmente finanziato dagli impiegati. "Probabilmente si tratta di una iniziativa unica al mondo" ha commentato il capo degli affari sociali della Cie, Angélique Wilson. Nel paese africano si stima che il 10% delle persone fra i 15 e i 49 anni sia infettato dal virus dell'HIV.



Il sangue dei contadini

Le autorità sanitarie locali stanno aspettando che muoiano tutti per metterci una bella pietra sopra. L'unica scocciatura è che questi straccioni non ne vogliono sapere di togliere il disturbo in silenzio e tanto han fatto che il loro grido d'aiuto è stato raccolto da quei rompicoglioni di *Libération*. Così adesso tutto il mondo sa (o dovrebbe sapere) che interi villaggi della provincia dello Henan, a 900 chilometri da Pechino, stanno per essere spazzati via dall'AIDS: due milioni di contadini, l'80% dei residenti. Cosa è successo? È successo che all'inizio degli anni Novanta, per arrotondare il misero salario, la popolazione locale si sottopose a trasfusioni a dir poco folli. Folli perché ai donatori il sangue non veniva soltanto estratto ma, una volta privato degli elementi nobili - piastrine e globuli rossi - gli veniva anche reiniettato. La ratio? Evitare che le persone si indebolissero troppo, pare fosse la giustificazione del personale incaricato di gestire questo self service del plasma. L'unico problema era che almeno questa seconda operazione veniva fatta mescolando il sangue di diversi donatori, causando quindi ogni genere di contaminazione. Pechino vietò la pratica più o meno a metà degli anni Novanta, quando ormai però era troppo tardi e milioni di persone avevano già contratto l'HIV. Poco male, comunque: per fortuna delle istituzioni questi poveri cristi non sapevano nulla dell'Aids e in un primo tempo sembravano addirittura rassegnati di fronte a quella malattia che li divorava e che loro chiamavano semplicemente 'febbre'. Ma il governo cinese ha fatto male i suoi conti: a nessuno piace morire, men che meno senza lottare. I media locali hanno iniziato a parlare apertamente di AIDS e gli straccioni a ribellarsi sempre più rumorosamente. Le autorità sono state costrette a cospargersi il capo di cenere e ad ammettere le malefatte, distribuendo pacchi di antibiotici (?) e qualche sacco di farina per lavarsi la coscienza e tenere buoni i malati. Tutto risolto? No, nello Henan sono arrivati gli inviati dei giornali occidentali a fare interviste. E ora il mondo sa che in quei poveri villaggi a 900 chilometri da Pechino ci sono due milioni di persone che stanno morendo, prive di medicinali e di qualsiasi assistenza. Per la cronaca: ognuna di quelle donazioni veniva pagata 45 yuan, circa 7 euro. I più bisognosi si sono fatti bucare le vene anche mille volte.

g.t.

Parliamo di HIV on-line

A CURA DI SARAH SAJETTI

Rivista, centralino e sito internet

Dalla rivista *Cematnews*, periodico di informazione per i pazienti, nascono anche un centralino e un sito internet. Chi ha bisogno di maggiori informazioni sui farmaci che sta assumendo può chiamare il numero 02.39042672: un medico infettivologo è a disposizione per risolvere qualsiasi dubbio e per dare consigli il lunedì e il giovedì dalle 16.30 alle 18.30. Da alcune settimane è possibile trovare materiale informativo anche in rete, all'indirizzo www.cematnews.org

Stopaids

Progetto Viola è un interessante progetto pilota condotto dalla LILA al quale hanno partecipato le principali scuole toscane. L'idea di partenza è che per indurre le fasce più giovani della popolazione a comportamenti preventivi è necessario renderli partecipi del processo di informazione. I ragazzi che hanno partecipato alla fase di realizzazione del progetto diventano così non solo creatori e protagonisti delle azioni di informazione ma anche divulgatori all'interno del gruppo. Questo è il sito creato dai ragazzi dell'ITI Leonardo da Vinci di Firenze: semplice, colorato e, speriamo, efficace.

<http://www.stopaidsnet.com>

Se vuoi sfogarti, fallo!

"Il giorno in cui sei venuto a saperlo non fa molta differenza, ora sei sieropositivo/a. Tutto quello che probabilmente senti è paura, ansia, incredulità, rifiuto, depressione, pensieri di morte, preoccupazione per il partner, amarezza, desiderio di isolamento, confusione, colpa, vergogna, disperazione e rabbia". Si presenta così questo sito personale di un giovane sieropositivo, che desidera offrire un'opportunità in più per incominciare ad affrontare il problema. All'interno è possibile trovare una sezione di consigli, ma soprattutto inviare mail di sfogo e leggere quelle di altri utenti.

<http://urcus.supereva.it/>

Parlare fa bene

Un'altra pagina personale, un diario di bordo di viaggio nell'Aids, come la definisce il suo creatore.

"Che senso ha rendermi visibile come persona sieropositiva? Perché tenere il segreto della malattia è stressante e lo stress fa male".

<http://space.tin.it/salute/pipancot/>

Problemi di viaggio

Solo per chi parla inglese e tedesco, a questo indirizzo si trovano disposizioni di ingresso e soggiorno per le persone sieropositive e conseguente possibilità di reperire cure mediche in tutto il mondo. I gestori sottolineano comunque di non essere in grado di garantire l'esattezza dei dati perché talvolta le informazioni vengono da fonti diverse e sono estremamente contraddittorie.

<http://www.aidsnet.ch/immigration/f/>

L'Aids tra metafora e realtà

A questo indirizzo è possibile scaricare completamente il testo di questa ricerca sul vissuto psicologico del paziente affetto da Aids. Si tratta di una ricerca pubblicata nel 1998 ma ancora attuale e piuttosto interessante.

<http://space.tin.it/salute/pipancot/Copertina.htm>

Storia dell'infezione

Sono passati vent'anni da quando l'Aids si è tristemente imposto agli onori delle cronache. Cos'è successo nel frattempo a grandi linee lo sappiamo tutti, ma se siete interessati a ripercorrere, anno per anno, gli eventi cruciali nella storia della malattia questo è l'indirizzo che fa per voi.

http://web.tiscali.it/nadir_ong/storia_1.htm

Montagnier e Gallo uniti nella lotta all'Aids

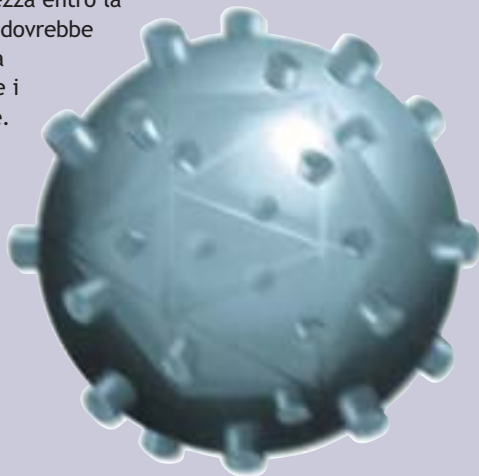
Dopo anni di rivalità e polemiche il ricercatore francese Luc Montagnier e l'americano Robert Gallo, che come ricorderete si sono lungamente contesi la paternità della scoperta del virus HIV, hanno deciso di unire le proprie forze. Obiettivo: raccogliere fondi per la sperimentazione di 5 nuovi vaccini per la prevenzione e la cura dell'Aids. Montagnier si trasferirà quindi all'Istituto di virologia umana diretto dal prof. Gallo all'università del Maryland di Baltimora come professore aggiunto e insieme, all'interno del "Programma Gallo-Montagnier", si impegneranno nella raccolta di circa 3,44 milioni di euro. In seguito, in collaborazione con le Nazioni Unite, metteranno a punto dei programmi di ricerca in zone dove il tasso di persone sieropositive è particolarmente alto: Baltimora, Roma, Montreal, Nigeria, Camerun, Costa d'Avorio, America centrale e Asia.

Impennate epidemiologiche

Non sono solo i Paesi dell'Asia e del Sud del mondo a vedere drammatici incrementi nel contagio dell'HIV. È del 5 febbraio l'annuncio che il 30% dei giovani gay di colore in America è sieropositivo e che l'Aids è la principale causa di morte tra uomini e donne di colore, indipendentemente dall'orientamento sessuale, compresi tra i 25 e i 44 anni. Anche in Inghilterra, dove sono stati da poco diffusi i dati relativi al 2000, è stato segnalato un aumento del 19% dei casi registrati. Questi dati rivelano anche che la tendenza già segnalata da tempo di un possibile incremento nei contagi tra eterosessuali non solo è stata confermata, ma ha superato le aspettative: il numero di nuove infezioni tra eterosessuali ha guadagnando la maggioranza, mentre l'anno prima si fermava al 21% del totale.

Un vaccino contro l'epatite C?

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità i portatori di Hcv nel mondo sono circa 200 milioni e l'Italia occupa uno dei primi posti in Europa con 2 milioni di persone infettate, pari al 3 per cento della popolazione. Quattro anni fa i ricercatori della Chiron di Siena trovarono il meccanismo che l'Hcv utilizza per infettare le cellule e iniziarono la sperimentazione di un vaccino che è ormai giunta alla fase clinica. La sperimentazione sull'uomo di un vaccino preventivo, in grado cioè di impedire il contagio, è iniziata da qualche mese negli Stati Uniti e si prevede di poter raccogliere i primi risultati sulla sicurezza entro la fine dell'estate. La seconda fase, che dovrebbe cominciare entro quest'anno, servirà a stabilire la dose ottimale del vaccino e i tempi migliori per la somministrazione. Infine, si dovrà verificarne l'efficacia per prevenire l'epatite C somministrandolo a una popolazione considerata a rischio. Entro la fine dell'anno, inoltre, dovrebbe cominciare anche la sperimentazione del vaccino terapeutico in grado di curare coloro che hanno già contratto l'epatite.



Isaac Asimov morto di Aids

Ha provocato grande scalpore alla fine di febbraio la notizia che il grande scrittore di fantascienza Isaac Asimov, scomparso nel 1992, morì di Aids, contratto a causa di una serie di trasfusioni alle quali fu sottoposto in seguito ad un intervento di triplo by-pass. Lo ha rivelato in un'intervista al *Sunday Times* Janet Opal Jeppson Asimov, vedova dello scrittore, in occasione delle celebrazioni per i dieci anni dalla scomparsa dell'autore, che ha tenuto a precisare che la notizia era stata mantenuta segreta non perché temeva che si potesse dire che il marito era omosessuale, tutti coloro che lo conoscevano sapevano che non era così, ma perché "all'epoca molta gente avrebbe potuto nutrire dei pregiudizi verso di noi". Dieci anni fa - ha aggiunto la signora - gran parte delle persone, compresa gente acculturata, manifestava timore alla sola idea di avvicinare un malato di Aids".

Sì alla cura, no agli effetti collaterali

Da tempo numerose equipe mediche in tutto il mondo studiano i benefici effetti della marijuana su diverse malattie. Adesso un gruppo di ricercatori del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr) di Pozzuoli, all'avanguardia in Italia e nel mondo in questo settore, sta studiando gli endocannabinoidi, molecole endogene che agiscono sul corpo umano con un meccanismo simile alla marijuana, ma prive dei suoi effetti collaterali. I farmaci derivati dagli endocannabinoidi dovrebbero quindi essere in grado di alleviare i sintomi di malattie come l'Aids, la sclerosi multipla o i tumori al netto degli effetti psicotropi. Il prof. Di Marzo e i suoi collaboratori, che portano avanti il progetto, hanno già ottenuto la pubblicazione dei loro studi su prestigiose riviste internazionali e si apprestano a sviluppare molecole basate sugli endocannabinoidi da proporre all'industria farmaceutica per gli appropriati test clinici.

E la ricerca TERZO MONDO → continua (...forse)

È stato già ricordato più volte come gli scienziati italiani abbiano contribuito in modo sostanziale alla ricerca sull'Aids e anche già segnalato come, malgrado questi successi, il Governo intenda tagliare i fondi per la ricerca. Ricercatori e stampa scientifica, però, non si rassegnano a questo stato di cose. Il mensile *Science*, nel numero dell'8 marzo 2002, scrive: "Mentre *Science* andava in stampa, il governo del primo ministro Berlusconi non aveva ancora allocato alcun finanziamento specifico per il programma nazionale sull'Aids all'interno del proprio budget 2002. Il progetto, che riceveva circa 14 milioni di dollari 6 anni fa oggi è fermo a ca. 11 (...). Gli scienziati italiani hanno richiesto ripetutamente al ministro della Salute Girolamo Sirchia, nonché al vice primo ministro Gianfranco Fini di mantenere un finanziamento quantomeno uguale a quello allocato nel 2001. Nonostante il ministro in occasione delle manifestazioni del 1° dicembre avesse promesso un nuovo finanziamento, "noi non abbiamo visto nulla", dichiara Stefano Vella dell'ISS e presidente dell'International Aids Society, né Sirchia o Fini hanno risposto finora ad una lettera firmata da circa 200 ricercatori, inclusi la maggioranza dei membri della Commissione Nazionale per l'Aids, richiedente una presa di posizione del governo a mantenere il finanziamento...". Ecco, di seguito, la lettera inviata al Ministro della Salute.

Egregio Sig. Ministro,

A vent'anni dal primo caso di Aids i problemi legati all'infezione da HIV sono oggi in parte controllati nei paesi industrializzati grazie agli enormi progressi compiuti in questi anni dalla ricerca scientifica. Il progresso scientifico ha avuto una ricaduta pratica positiva sulle conoscenze dei meccanismi patogenetici alla base della malattia, sulle previsioni epidemiologiche, sul miglioramento della gestione clinica e terapeutica, con conseguente incremento della qualità e della durata della vita dei sieropositivi, sull'organizzazione dei servizi e sul sostegno, anche sociale, alle persone colpite dall'infezione e alle loro famiglie. I risultati di questo sforzo internazionale, in cui l'Italia ha avuto un ruolo di spicco, sono oggi evidenziati dallo straordinario miglioramento delle aspettative di sopravvivenza dei pazienti con infezione da HIV. Tuttavia l'infezione da HIV rimane una piaga in preoccupante espansione, e non solo nel terzo mondo. Il motivo di questa lettera prende spunto dalle recenti dichiarazioni Sue e di altri autorevoli scienziati (citiamo per tutti i premi Nobel Rita Levi-Montalcini e Renato Dulbecco) in materia di finanziamento pubblico della ricerca ed, in particolare, della ricerca su HIV/Aids. Non è necessario ricordare che la possibilità per i gruppi Italiani di svolgere un'azione incisiva sia sul versante della ricerca di base che su quello della ricerca applicata sono stati legati al Progetto Nazionale di ricerca sull'Aids. Questo finanziamento, fortemente voluto da Giovanni Battista Rossi dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) alla fine degli anni '80 e sostenuto dai precedenti Ministri, è stato uno degli esempi più illuminati di finanziamento della ricerca non-profit che il nostro Paese abbia mai conosciuto producendo negli anni abbondanti risultati a fronte di una spesa minima (mai superiore ai 50 miliardi l'anno, ultimamente ridotta a meno di 30). È stato così possibile ottenere l'integrazione della ricerca italiana nei circuiti e nei progetti scientifici internazionali, con accesso a farmaci innovativi ed a

metodiche sperimentali. Senza tale continuità si vanificherà l'impegno del Paese e dei ricercatori e, di conseguenza, verranno meno i benefici di un importante investimento pubblico di 14 anni! Tra le importanti ricadute del finanziamento va sottolineata la possibilità per importanti istituzioni pubbliche e private di aver potuto accogliere brillanti ricercatori italiani operanti all'estero i quali hanno potuto così continuare la loro ricerca in Italia contribuendo significativamente anche alla costante rifinitura (quando non ad una franca rivoluzione) delle strategie preventive e terapeutiche. Tra gli scienziati rientrati anche grazie all'esistenza di questo terreno fertile di ricerca nazionale su HIV/Aids, come Lei sa, figura la Dr.ssa Barbara Ensoli, coordinatrice del programma di sviluppo di un vaccino da lei ideato e concretizzato assieme a ricercatori e clinici italiani, argomento di cui Lei ha parlato recentemente alla stampa. Oltre alla prosecuzione del supporto a quest'importante progetto vaccinale, Lei ha anche citato lo stanziamento di un finanziamento ad hoc del Ministero della Sanità di ca. 26 miliardi per il 2002, smentendo così la voce in circolazione da qualche tempo della cessazione del Programma Nazionale di Ricerca per la lotta all'HIV/Aids. Sig. Ministro, la ricerca italiana su HIV/Aids non deve sparire o essere costretta a riversarsi su cruciali settori di finanziamento, quali AIRC o Telethon, ai quali attingono aree di ricerca altrettanto strategiche. Chiediamo pertanto una Sua definitiva ed ufficiale conferma del proposito di mantenere in vita e, possibilmente, di rilanciare il Programma Nazionale di ricerca su HIV/Aids. La ringraziamo per l'attenzione e Le formuliamo i migliori auguri per il 2002.

24 gennaio 2002

I responsabili delle Unità di Ricerca finanziate dal Programma Nazionale per la lotta all'Aids

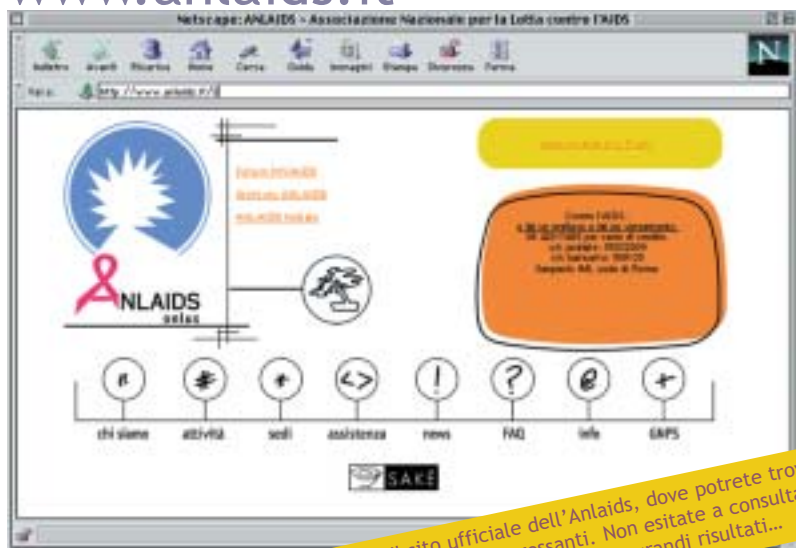
Aids: casi in calo in 15 regioni su 20, nessuno in 8 province

i casi di Aids sono in calo in 15 regioni su 20 e per la prima volta dall'inizio dell'epidemia in 9 province non è stato registrato nessun nuovo episodio di malattia nell'ultimo anno. Sono questi i dati più significativi diffusi dal Centro Operativo Aids (Coa) dell'Istituto Superiore di Sanità. A fare eccezione, tra le regioni, sono la Liguria, la Calabria e la Basilicata, dove è stato invece documentato un aumento dei sieropositivi, mentre in Abruzzo e in Valle d'Aosta la situazione è stazionaria. Come detto, in 9 province il trend è estremamente positivo. A Belluno, Gorizia, Lodi, Rieti, Frosinone, Benevento, Matera e Ragusa non si è registrato nessun nuovo caso nel 2001. Il record va però a Isernia, dove nella casella delle nuove infezioni lo 0 perdura ormai da tre anni. Ecco comunque la realtà italiana regione per regione, secondo l'ultimo rapporto del Coa:

LOMBARDIA:	è al primo posto in Italia per numero di casi. Se ne registrano 15.013 dall'inizio dell'epidemia, nel 1982. Nel 2001, 380 casi contro i 550 del 2000;
LAZIO:	6.403 casi dal 1982; 147 nel 2001, 247 del 2000;
EMILIA ROMAGNA:	4.803 casi totali; 141 nel 2001, 206 del 2000;
PIEMONTE:	3.307 casi; 84 nel 2001 contro i 127 del 2000;
TOSCANA:	3.005 casi; 90 nel 2001, 111 del 2000;
VENETO:	2.829 casi; 64 nel 2001, 79 del 2000;
LIGURIA:	2.481 casi; 59 nel 2001, 54 del 2000;
SICILIA:	2.091 casi; 40 nel 2001, 88 del 2000;
PUGLIA:	1.876 casi; 55 nel 2001, 80 del 2000;
CAMPANIA:	1.801 casi; 50 nel 2001; 94 casi del 2000;
SARDEGNA:	1.490 casi; 25 nel 2001, 39 del 2000;
MARCHE:	795 casi; 32 nel 2001, 41 del 2000;
CALABRIA:	474 casi; 18 nel 2001, 10 del 2000;
FRIULI V. GIULIA:	388 casi; 6 nel 2001, 18 del 2000;
UMBRIA:	382 casi; 9 nel 2001, 21 casi del 2000;
ABRUZZO:	376 casi; 15 nel 2001 come nel 2000;
TRENTO:	287 casi; 4 nel 2001, 5 del 2000;
BOLZANO:	204 casi; 6 nel 2001, 11 del 2000;
BASILICATA:	141 casi; 4 nel 2001, 3 del 2000;
VALLE D'AOSTA:	67 casi; 2 nel 2001 come nel 2000;
MOLISE:	37 casi; 2 nel 2001, 5 nel 2000.

A questi numeri ne vanno aggiunti 733 di origine ignota (42 nel 2001, 51 del 2000) e 350 di cittadini stranieri (21 nel 2001, 19 del 2000). 7 i casi pediatrici nel 2001 (11 nel 2000), dei quali 3 nel Lazio (2 nel 2000), 2 in Emilia Romagna (1 nel 2000), 1 in Abruzzo (nessuno nel 2000) e 1 in Umbria (uno nel 2000). Dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2001 sono stati 711.

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...

Direttore responsabile:
Rosaria Iardino

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
Sarah Sajetti
Susanna Scardellato
Laura Simoni

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

COMITATO SCIENTIFICO
 Fernando Aiuti
 Gioacchino 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 Ghenzer
 Domiziana Giordano
 Carmela Maietta



Stampa:
Officine Grafiche Staged,
S. Zeno Naviglio, Bs

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di Glaxo SmithKline Spa