

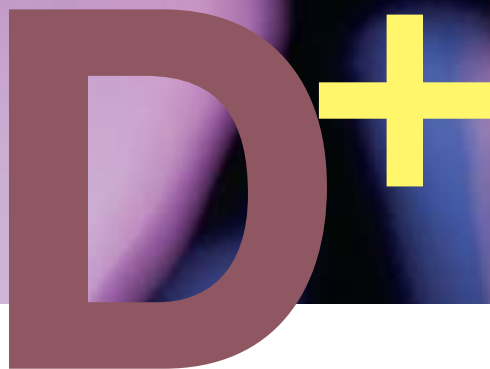
che si occupano di HIV

Periodico per le donne

Parliamo



Gruppo Nazionale Persone Sieropositive Anlaids



EDITORIALE

No alla guerra

C Lo 0,01 del PIL di ogni paese industrializzato. Questa era la cifra stabilita, e giudicata abnorme da tutti, per sconfiggere l'HIV. Una cifra forse troppo grande per eliminare il flagello dei nostri tempi; la peste del 2000 ha ormai doppiato il secolo e la speranza si è trasformata in una rassegnata accettazione.

La malattia si è cronicizzata, tanto che sembra non esistere più. Ha perso la sua visibilità, dal momento che ormai si è dissolta anche l'iniziale popolarità suscitata dalla novità della patologia. Ciononostante la battaglia contro il male in sé non è morta: la ritroviamo nella "rettitudine ideologica" che muove le ben 32 guerre combattute quest'oggi nel mondo.

E i soldi, si sa, vanno spesi per le cause più giuste, per quei motivi da cui dipende la sopravvivenza dell'umanità stessa. Ecco, una guerra preventiva come quella in Iraq è un'ottima ragione per investire il proprio denaro, per impiegarlo in discussioni infinite, in parole, parole, parole, dietro le quali ci piacerebbe non intravedere nulla.

E invece no. Li conosciamo quasi a memoria i motivi economici, che fanno ruotare il nostro mondo: il petrolio, il veto sul brevetto dei farmaci antiretrovirali e mille altri.

Purtroppo l'economia non è solo un giro di soldi, ma anche un ingranaggio che investe tutto ciò che incontra: dai caduti di una probabilissima futura guerra in Iraq ai malati di AIDS, la cui salute costa troppo e vale troppo poco.

Ecco, sono queste le vittime d'una politica, che vuole apparire come miope ed indifferente, ma che in realtà calibra al millimetro ogni suo colpo e non ha quasi più nulla di umano.

Rosaria Iardino



Foto di Carlo Gubitosa (Associazione PeaceLink)

IN QUESTO NUMERO

3 INCHIESTA
Nati per vivere

9 Le terapie del futuro

10 Attivisti,
la rabbia e l'orgoglio

15 Vaccino preventivo,
speranze solo per neri
e asiatici

17 Unaid, 42 milioni
di sieropositivi





Nati per

vivere

dall'Aids non si guarisce, non c'è ancora un vaccino, un farmaco che uccida definitivamente il virus. Eppure, almeno nei Paesi Occidentali, è bastata la messa a punto di molecole efficaci nel tener sotto controllo la malattia per cambiare radicalmente la storia dell'Hiv. In soli vent'anni si è passati dalla morte certa nell'arco di pochi mesi a progettare la nascita di una nuova vita. Qualcuno dice che diventare genitori non è puro istinto alla sopravvivenza della specie, ma la testimonianza del nostro passaggio nel mondo, tangibile dimostrazione di una normalità riconosciuta e dell'inserimento a pieno titolo in questa società. Era più che prevedibile, quindi, che anche le persone sieropositive, nel momento in cui la loro aspettativa e qualità di vita fosse aumentata sensibilmente, avrebbero ripreso a cercare un lavoro, formare una famiglia, volere dei figli. Ad essere cioè 'normali'. In questo caso si trattava però di trovare il modo perché quello che viene definito il frutto dell'amore di due persone non avesse in eredità un virus potenzialmente mortale. Grazie alla tecnica del lavaggio della sperma questo oggi è possibile. Una coppia discordante, dove l'uomo è sieropositivo e la donna sieronegativa, può mettere al mondo un bambino assolutamente sano.

Ad un anno e mezzo di distanza dal primo reportage su questo argomento, in cui abbiamo sfondato un muro di pregiudizi e paure, torniamo a parlarne, perché nel frattempo sono nati tantissimi bambini. E lo facciamo raccontando la storia di una di queste coppie: la loro scelta di diventare genitori; le ansie e i timori che hanno accompagnato il loro percorso:

dall'inseminazione, alla gestazione, alla nascita. Nel Sud del mondo, invece, l'Hiv continua a portarsi via i figli. Intere generazioni scompaiono mettendo a repentaglio l'economia di molte nazioni. Ma anche in questo contesto tragico si è ora aperto un piccolo spazio di

speranza. Non per niente il progetto di cui riferiamo si chiama dream, sogno. E il sogno che sta diventando realtà è l'abbattimento della trasmissione materno fetale del virus in un Paese ad alta endemia come il Mozambico. Ad ogni latitudine sono dunque i bambini, con la normalità del loro sorriso, a dirci che la voglia di vita è tornata ad essere più forte dell'Hiv. Chissà che non sia di buon auspicio per vincere definitivamente questa sindrome che finora ha colpito 42 milioni di persone nel mondo.

Diventare genitori è la testimonianza del nostro passaggio nel mondo, tangibile dimostrazione di una normalità riconosciuta

La nostra storia colorata da Giotto

DI MARIA VASCON

Volevo un figlio, lo volevo con tutte le mie forze ma non intendevo mettere al mondo un bambino sieropositivo

Si chiama Giotto, ha 4 mesi e uno splendido sorriso. Il suo papà e la sua mamma, come tutti genitori del mondo, lo hanno sognato, desiderato, amato prima ancora di averlo tra le braccia.

Ma tra loro, tra Adriana, Alberto, e il piccolo Giotto c'era un ostacolo, difficile anche da affrontare prima ancora che da superare. Alberto è sieropositivo. "Avevo 30 anni - racconta - una ragazza, un lavoro, e pensavo ad una famiglia. La mia mente, quando ho saputo di essere sieropositivo è andata subito al futuro: volevo un figlio, lo volevo con tutte le mie forze ma non intendevo mettere al mondo un bambino sieropositivo".

"Quando ho incontrato Alberto - interviene Adriana - e mi ha parlato della sua sieropositività pensavo che non

avremmo mai potuto avere un figlio nostro, ma lo amavo e per lui sarei stata disposta a rinunciare alla maternità. Poi abbiamo saputo che con le stesse tecniche usate per le coppie con problemi di infertilità avremmo forse potuto diventare una famiglia. Non ci abbiamo pensato un attimo... È stato faticoso, gli esami a cui ci siamo sottoposti sono stati tanti e talvolta dolorosi, ma non ci siamo mai fatti prendere dallo sconforto, nemmeno quando dopo la prima inseminazione ho avuto un aborto spontaneo".

Per far nascere Giotto, Alberto e Adriana, che vivono e lavorano in una grande città del Nord, si sono rivolti all'Ospedale Sacco di Milano. Con una tecnica particolare lo sperma di Alberto è stato "lavato" e poi, con l'inseminazione artificiale, iniettato nell'utero di Adriana. In Italia i centri come quello di Milano sono molti, sia pubblici che privati e i costi, così come i tempi di attesa, variano da centro a centro. In quelli pubblici la spesa è molto più contenuta: circa 250 euro per ogni ciclo di inseminazione, con tempi di attesa di circa 4 mesi. Nei centri privati si spende di più, ma si aspetta molto meno. Loro sono stati fortunati, hanno fatto solo quattro tentativi prima di riuscire a portare a termine la gravidanza.

"Certo non è così

per tutti: rimanere incinta con l'inseminazione artificiale non è facile. I mesi precedenti alla gravidanza sono stati lunghi e pieni di ansia - confessa Adriana - temevo che il mio sogno si sarebbe infranto. Il periodo della gravidanza, poi, è stato meraviglioso, come credo dovrebbe essere per qualunque donna... No, non penso mai alla malattia di Alberto: lui sta bene, è allegro, felice per la nascita di Giotto e io vivo la sua sieropositività con assoluta serenità... Il futuro? Il futuro è incerto per tutti, non vedo perché dovrei preoccuparmi ora per un evento che comunque prima o poi si dovrà verificare e che nessuno può programmare, né io che sono sana, né Alberto... Un giorno certo ne parleremo anche a Giotto, ma sarà lui a farci capire quando sarà il momento migliore".

Alberto ogni tanto al suo futuro ci pensa: pensa alla vita che potrebbe non consentirgli di vedere il suo bambino diventare adulto, ma è solo un attimo. Adesso c'è Giotto e l'anno prossimo, chissà, forse ci sarà un fratellino a fargli compagnia.

400 nati in due anni

[Negli ultimi 2 anni, in tutta Italia, sono nati da madri sieropositive 400 bambini, tutti perfettamente sani. Merito del network ostetrico-ginecologico dell'ospedale Sacco di Milano che assiste fino al giorno del parto le donne infette da Hiv rimaste incinta, con la profilassi adeguata e l'opportuno avviamento al cesareo. Per questo, ha annunciato Enrico Ferrazzi, direttore del Dipartimento materno-infantile dell'ospedale milanese, "abbiamo intenzione di proporre all'Istituto superiore di sanità un protocollo per valutare le aspiranti madri con Hiv che, per carica virale e conta linfocitaria, hanno buone possibilità di avere figli sani attraverso una procreazione medica assistita. Perché - dice Ferrazzi - oggi essere genitori è un diritto anche dei sieropositivi. I nostri pazienti hanno in media 32 anni e ormai, la loro aspettativa di vita è simile a quella di altri malati cronici".](#)

Fecondazione in vitro e inseminazione artificiale

Nelle coppie cosiddette sierodiscordanti (uno sieropositivo e l'altro sieronegativo) il concepimento comporta sempre un rischio di contagio sessuale del soggetto sieronegativo. Questo rischio è più alto per la donna per la maggiore suscettibilità del sesso femminile ad acquisire l'infezione da HIV. Nel caso di coppie in cui solo la donna sia sieropositiva, nonostante i rischi di infezione congenita del nascituro, la fecondazione può essere raggiunta tramite la deposizione in vagina di sperma raccolto senza alcun rischio di infezione per l'uomo. Più complesso è ottenere il concepimento nei casi in cui l'uomo sia sieropositivo, data l'elevata possibilità di infezione tramite sperma infetto. Le coppie sierodiscordanti, poi, sembrerebbero presentare spesso fattori di infertilità alcuni dei quali irreversibili come l'occlusione tubarica bilaterale.

Nel laboratorio della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Ospedale San Paolo di Milano è stata messa a punto una metodica per rimuovere dall'eiaculato sia le cellule infettate, sia i virus liberi nel liquido seminale. I risultati ottenuti hanno permesso di offrire la possibilità di mettere sotto controllo medico il rischio infettivo, mediante trattamento dello sperma ed inseminazione intrauterina in fase fertile.

Negli ultimi cinque anni 513 coppie sierodiscordanti per sieropositività maschile hanno chiesto di essere assistite in questo ospedale per ottenere un concepimento con il minor rischio di infezione per la donna. Si sono ottenute 228 gravidanze dopo l'inseminazione, con una percentuale di successo totale del 14% e nessun caso di sieroconversione delle donne, né di infezione congenita del neonato. In questo stesso ospedale coppie sierodiscordanti con problemi di infertilità sono state incluse in un programma sperimentale di fertilizzazione dell'uovo materno prelevato, con seme del partner preparato precedentemente e sottoposto al trattamento di riduzione della componente virale. Questa tecnica è detta FIVET (Fecondazione In Vitro e Trasferimento dell'Embrione) ed è la tecnica proposta quando il partner maschile è HIV positivo e la donna HIV negativa. Si propone invece l'inseminazione artificiale quando la donna è HIV positiva e il partner HIV negativo.

I numeri dell'Aids pediatrico

in Italia dall'inizio dell'epidemia (1982) al 30 giugno 2002 si sono avuti 715 casi di bambini con Aids. Dall'82 al 1992 i casi sono stati 382. C'è stato poi un notevole calo: 56 nel 1993, 57 nel 1994, 52 nel 1996, 30 nel 1997. Nel 1998 i casi sono stati 22, contro gli 11 del 1999 e del 2000. Il numero più basso si è avuto nel 2001, con 9 casi: 2 in Lombardia, 3 nel Lazio, 2 in Emilia Romagna, 1 in Abruzzo e 1 in Umbria. Ecco la situazione regione per regione dall'inizio dell'epidemia. Lombardia, 198 casi; Lazio, 120; Emilia Romagna, 67; Toscana, 49; Piemonte, 40; Veneto, 32; Campania e Liguria, 30; Puglia e Sicilia, 26; Sardegna, 25; Abruzzo, 12; Calabria, 11; Trentino Alto Adige e Umbria, 9; Marche, 7; Basilicata, 3; Friuli-Venezia Giulia, 2; Molise e Valle d'Aosta, nessun caso; 4 i casi fra gli stranieri; 4 di nazionalità ignota. Nella quasi totalità il contagio si è avuto per trasmissione da madre a figlio.

L'Hiv torna a colpire i bambini: in Italia 4 i bebé infettati

anche in Italia l'Aids torna a colpire i bambini. Quattro i casi registrati negli ultimi mesi: due neonati in Piemonte e due in Sicilia. In tutti e quattro i casi si tratta di figli di genitori italiani. Le madri - le due piemontesi e una delle siciliane - inoltre, al momento del parto, non sapevano di essere sieropositive. "La situazione è grave - spiegano i prof. Giovanni Di Perri, direttore del Dipartimento clinico di malattie infettive dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino, e Pier Angelo Tovo, direttore della Clinica pediatrica di malattie infettive dell'Ospedale Regina Margherita - solo in Piemonte da gennaio a novembre del 2002 sono state quarantaquattro le donne sieropositive, in gran parte extracomunitarie, che hanno messo alla luce un figlio. Molte di loro non sapevano di essere malate fino al momento del parto. I casi di Aids fra i bambini e l'alto numero dei parti di donne sieropositive dimostra, ove ce ne fosse bisogno, che si è abbassata completamente l'attenzione nei confronti dell'Aids".

"Questo nuovo quadro dell'Aids pediatrico - dichiara Fernando Aiuti, immunologo, presidente dell'Anlaids - ripropone il problema del test. Tutte le donne in stato interessante devono sottoporsi al test. Solo così possono salvare il loro figlio. Una donna che sa di essere sieropositiva e lo comunica al medico prima del parto - sottolinea Aiuti - può infatti essere sottoposta a particolari metodiche, dai farmaci antiretrovirali al parto cesareo. E i numeri ci dicono che con questi accorgimenti nel 98% dei casi nascono bambini sani anche da madri sieropositive".



TUTTI GLI ESAMI DA FARE

Esami per il partner maschile

1. Tampone batteriologico uretrale con ricerca di Chlamydia trachomatis e di Mycoplasma hominis.
2. Coltura batteriologica dello sperma (spermiocoltura).
3. Ricerca di anticorpi anti-HIV con test ELISA.
4. Viremia per HIV (PCR quantitativa).
5. Valutazione linfociti CD4+ e CD8+.
6. Emocromo, formula leucocitaria, piastrine.
7. HBs-Ag, anti-HBs, anti-HCV.
8. Viremia per HCV e PCR per HGV.
9. Transaminasi GOT e GPT.
10. VDRL-TPHA.
11. Prolattina, LH, FSH, Testosterone, TSH.
12. Anticorpi anti-CMV.

Esami per il partner femminile

1. Isterosalpingografia.
2. Tampone batteriologico vaginale con ricerca di Chlamydia trachomatis e di Mycoplasma hominis.
3. Ricerca di anticorpi anti-HIV con test ELISA.
4. Emocromo, formula leucocitaria, piastrine.
5. HBs-Ag, anti-HBs, anti-HCV, PCR per HGV.
6. Transaminasi GOT e GPT.
7. VDRL-TPHA.
8. LH, FSH, TSH, 17-b estradiolo tra la terza e la quinta giornata del ciclo.
9. Progesterone e Prolattina in ventiduesima e ventiquattresima giornata del ciclo.
10. Anticorpi IgG e IgM anti-CMV, anti-Toxoplasma e anti-Rubeovirus.
11. Pap-test eseguito nell'arco degli ultimi sei mesi.

FIVET

Ospedale San Paolo di Milano
Ambulatorio FIVET tel. 02/89129979
Lunedì e Giovedì dalle 14 alle 16

Inseminazione artificiale

Ospedale Sacco di Milano
Ambulatorio Inseminazione Artificiale
tel. 02/38203413
Martedì e Giovedì dalle 10 alle 12

(TRATTO DA HELPAIDS)

Maternità chiusa per lavori

La ristrutturazione del reparto dovrebbe essere completata entro la fine dell'anno

alla fine di dicembre l'Usi sanità, sindacato autogestito dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano, ha denunciato la chiusura della sezione infettiva del reparto maternità. "Cinque anni fa - racconta Pino Petita, delegato Usi - all'interno del reparto di maternità era stata costituita una sezione per le puerpere sieropositive, costata quasi un miliardo di lire. Una sezione del tutto autonoma, posta su un altro piano dell'edificio, dotata di personale dedicato e nella quale venivano applicate norme di sicurezza adeguate. L'anno scorso le due sezioni erano state unificate su un unico piano, a discapito, a nostro avviso, dell'attività di quella "protetta" che aveva finito per ridursi del 50%. Già all'epoca l'Usi Sanità aveva preso posizione, sostenendo che quest'operazione era solo la premessa per la chiusura definitiva del reparto, ma la direzione sanitaria aveva minimizzato, dicendo che si trattava di una riduzione temporanea, dovuta ai lavori di ristrutturazione del reparto, finalizzati all'umanizzazione delle strutture e delle sale parto. È invece arrivata la chiusura definitiva e le partorienti sieropositive che si rivolgono al San Paolo vengono dirottate all'ospedale Sacco".

penale per aver calunniato e diffamato l'azienda, aver procurato allarme tra la popolazione e non aver rispettato il diritto alla privacy dei pazienti per aver sottratto delle cartelle mediche. Il nostro ricorso per condotta di sindacalità è caduto nel vuoto e siamo in attesa di sviluppi. E pensare che il San Paolo - aggiunge Pino Petita - ha acquistato fama proprio grazie all'introduzione di trattamenti innovativi come il lavaggio dello sperma. Forse non arrivano più fondi, non so... so che ci hanno marciato tutti su questa fama e adesso niente. Le delibere regionali prevedono dall'87 la costituzione di un reparto infettivi che non è mai stato fatto, sono state presentate varianti al progetto e di variante in variante siamo arrivati al 2003. Ma questo reparto c'era già, che senso ha chiuderlo?"

La direzione Sanitaria del San Paolo, dal canto suo smentisce fermamente questa versione dei fatti e conferma che la chiusura del reparto è solo temporanea. "L'anno scorso abbiamo iniziato dei grossi lavori di ristrutturazione che hanno comportato anche la riduzione di posti letto. I ricoveri ordinari di donne con patologie infettive non erano compatibili con la situazione contingente, così abbiamo continuato solo a prestare cure in day hospital e ambulatoriali. Per i ricoveri ci siamo appoggiati al Sacco e alla Mangiagalli con i quali da anni ci sono buoni rapporti di collaborazione. La dottoressa Ravizza conduce i colloqui con le pazienti e poi le smista nelle altre strutture". Sulla riapertura del reparto non ci sono però date certe. "Questi lavori si sa quando iniziano ma non si è mai sicuri quando finiscono. Speriamo di essere in grado di riaprire a pieno regime anche il reparto infettive entro la fine dell'anno".

"Noi dell'Usi - prosegue Petita - non possiamo fare nulla se l'utenza per prima non reagisce e accetta passivamente la situazione. In compenso io e un altro delegato siamo stati denunciati dalla direzione dell'ospedale che ha attuato nei nostri confronti anche dei provvedimenti disciplinari. Il mio collega ha avuto quattro ore di sospensione dello stipendio mentre io ho in corso un procedimento



SARAH SAJETTI

INCHIESTA

Comunità di S. Egidio, «We have a dream»

In questo caso il sogno si è trasformato in realtà: somministrare le terapie antiretrovirali ai sieropositivi nel sud del mondo e in particolare alle donne gravide, per evitare la trasmissione materno fetale del virus. Il progetto per ora ha coinvolto solo 440 donne in Mozambico. L'obiettivo è di arrivare a curare 30.000 persone l'anno.

Mortalità ridotta sensibilmente, carica virale abbassata in poche settimane e nel 90% dei pazienti che assumono la terapia, virus sotto le 500 copie. Sono questi i risultati, clamorosi, realizzati dal Progetto Dream della Comunità di San Egidio in Mozambico, uno dei Paesi più poveri al mondo. I risultati sono stati presentati per la prima volta alla Decima Conferenza sui Retrovirus e le infezioni opportuniste di Boston. Il Progetto Dream è partito nel novembre 2001 ed è diventato operativo nel febbraio 2002. Si pone l'obiettivo di introdurre la terapia antiretrovirale in persone colpite da Hiv per valutare l'incremento di sopravvivenza e il diminuito rischio di morte. Sono state coinvolte 440

donne sieropositive, con un particolare approccio nei confronti delle donne gravide, anche per valutare gli effetti della terapia sulla trasmissione materno-fetale. Di queste, 240 hanno iniziato a seguire la terapia standard usata nei Paesi Occidentali. "Altre caratteristiche che rendono unico il Progetto - sottolinea il prof. Leonardo Palombi, epidemiologo dell'Università Tor Vergata di Roma - è che è completamente gratuito, si svolge in centri governativi e nell'intero territorio nazionale del Mozambico. I risultati presentati a Boston non lasciano dubbi: il modello funziona, la mortalità si riduce, la qualità di vita dei pazienti migliora notevolmente, la carica virale si abbassa sensibilmente. E soprattutto si conferma la buona aderenza alla terapia, punto considerato a rischio per iniziative del genere in Paesi terzi come il Mozambico".

Dopo questi primi risultati, ora parte la grande sfida della Comunità di San Egidio: riuscire a realizzare nei prossimi anni un deciso aumento dei pazienti fino a raggiungere la quota ipotizzata di 30.000 persone curate l'anno. Il Mozambico è uno dei Paesi più poveri al mondo, con una prevalenza di Aids nella popolazione del 13%. La Comunità di San Egidio è un movimento presente in oltre 60 Paesi con 40 mila iscritti. È particolarmente legata al Mozambico perché è stata una delle artefici della pace firmata a Roma nel 1994, dopo due anni di trattative fra le diverse fazioni in guerra. Da allora la pace ha permesso di stabilire quegli indispensabili rapporti di fiducia con il governo che hanno reso possibile l'avvio di Dream. Il progetto Dream è sostenuto da: Istituto Superiore di Sanità, Università di Tor Vergata e Farminindustria.



CE.M.A.T., ANLAIDS Sezione Lombarda e G.N.P.S. Presentano

OMBRE E LUCI VI edizione

Venerdì 28 Febbraio 2003 dalle 17.00 alle 20.00
Hotel Michelangelo, Via Scarlatti 33 - Milano

Programma:

Moderatori: Antonella d'Arminio Monforte, Massimo Oldrini

ore 17.00: Introduzione (Rosaria Iardino)

ore 17.05: "Novità sulle terapie antiretrovirali", Mauro Moroni

ore 17.25: "Lipodistrofia negli adulti e nei minori", Massimo Galli

ore 17.45: "Desiderio genitoriale in coppie discordanti e concordanti, le novità", Enrico Ferrazzi

ore 18.05: "Regione Lombardia, riforma sanitaria- Quali saranno i cambiamenti?", Vittorio Carreri

ore 18.25: Discussione

ore 20.00: Fine lavori

Per informazioni: ANLAIDS Sezione Lombarda, via Koristka 3, Milano.

Telefono: 02/33608683/87

m.b.

Le terapie del futuro

DALL'INVIATO
MAURO BOLDRINI

Tanti farmaci allo studio, poche, pochissime certezze nell'immediato: la sessione dedicata ai nuovi farmaci contro l'Aids nella Decima conferenza sui retrovirus e le infezioni opportuniste, che si è tenuta questo mese di febbraio, ha confermato gli sforzi che vengono compiuti dai ricercatori per trovare vie nuove e più efficaci. Ma la soluzione definitiva non è dietro l'angolo.

"È impressionante — ha affermato il prof Raimond Schinazi, dell'Università di Atlanta —

lo sforzo che continua a manifestarsi dai numerosi gruppi di ricerca impegnati sia nello sviluppo di nuove molecole nelle classi di farmaci già noti, come gli inibitori della trascrittasi inversa o delle proteasi, che soprattutto sui "nuovi bersagli".

Fra le nuove categorie di farmaci, quelli sicuramente più vicini al momento del lancio sono gli inibitori della fusione, di cui a Boston è già stata presentata la seconda generazione. Si tratta del T1249 in grado di agire sui virus resistenti a farmaci della stessa classe (come il T20) che saranno a breve messi a disposizione dei medici. Il T20 si è dimostrato un ottimo farmaco, ma purtroppo presenta complessi problemi di somministrazione

e di accettazione da parte del paziente in quanto disponibile solo per via iniettiva.

Gli inibitori dell'integrasi rappresentano una nuova classe che promette buoni risultati: i farmaci agiscono inibendo l'integrazione del genoma virale in quello della cellula. Si attendono entro maggio di quest'anno i risultati dei primi test di tollerabilità sull'uomo. Una terza classe già affollata è quella delle molecole che inibiscono l'attacco alla cellula, mediante il blocco dei recettori a cui il virus si lega per entrare nella cellula stessa. A differenza delle precedenti agiscono specificamente sulla cellula e non sul virus, aprendo nuovi, significativi orizzonti per prospettive terapeutiche future. Anche per questa classe, il tempo per la messa a disposizione ai pazienti non appare breve perché i farmaci devono ancora essere testati sull'uomo.

Se la ricerca prosegue a ritmo serrato, è indubbio che molta strada vada ancora percorsa per coinvolgere decine di migliaia di pazienti nei Paesi occidentali a non abbandonare le terapie oggi a disposizione. "Il problema dell'adesione — ha sottolineato Rosaria Iardino, rappresentante delle persone sieropositive nella Commissione Nazionale Aids — sta diventando una grossa realtà anche in Italia. Molte, troppe persone con Hiv interrompono la terapia per i pesanti effetti collaterali. E le conseguenze non sono da poco, soprattutto per lo sviluppo delle resistenze"

Fra le nuove categorie di farmaci, quelli sicuramente più vicini al momento del lancio sono gli inibitori della fusione, di cui a Boston è già stata presentata la seconda generazione



Attivisti, la rabbia

tre giorni per parlare di AIDS. Un happening fatto di tanti dibattiti, ma anche di incontri, di scambi, di musica e spettacolo, che ha vissuto il suo momento clou nella giornata di sabato 30 novembre con una grande marcia nel pomeriggio e una festa all'Auditorium in serata condotta da Giovanni Anversa e Gaia De Laurentis, a cui sono intervenuti, tra gli altri, Francesca Reggiani, Massimo Di Cataldo, Mariella Nava, Alessandro Safina, Nino Frassica e Amedeo Minghi. Sono stati questi gli ingredienti del Primo Incontro Nazionale delle persone sieropositive che si è tenuto al Jolly Hotel Midas di Roma dal 29 novembre al 1 dicembre scorsi, organizzato dal Gruppo Nazionale Persone Sieropositive dell'Anlaids.

La prima giornata è stata interamente dedicata alle problematiche mediche, con interventi sulla storia della malattia e la sua evoluzione nel corso degli anni, sull'importanza di una corretta adesione alle terapie di combinazione ma anche sugli effetti indesiderati dei farmaci, sul problema emergente della confezione con il virus dell'epatite C e le prospettive dei nuovi interventi terapeutici: trapianti, vaccini, terapie geniche, immunologia.

Il secondo giorno ha avuto come filo conduttore le tematiche politiche e sociali. In mattinata si è discusso del nuovo servizio sanitario nazionale, un tema particolarmente sentito dagli organizzatori che intendono mettere a punto una strategia comune per

Paola e Corrado sono due attivisti tra i più impegnati dell'Anlaids. Il loro è un racconto a ruota libera di questa due giorni congressuale, dei tanti problemi che le persone sieropositive sono chiamate ad affrontare giornalmente, dall'accesso ai farmaci più innovativi al dramma del lavoro che non c'è.

Corrado "Incontrare tante persone diverse, ognuna con il proprio vissuto, è stata un'esperienza bellissima, uno scambio di energia atomica. Alcuni di noi sono letteralmente esplosi dopo aver tenuto dentro per anni storie pesanti, esperienze di vita difficili, discriminazioni, paure. Non potete nemmeno immaginare che energia possono trasmettere 400 persone che parlano dei propri problemi e che rivendicano i propri diritti".

Laura "Credo che la questione farmaci sia ancora quella prioritaria, soprattutto perché il nulla osta per la distribuzione dei nuovi ritrovati non passa attraverso il ministero della Sanità ma delle Finanze. Il che vuol dire che non si pensa alla loro ricaduta sanitaria ma solo al loro costo. Per questo si aspettava da mesi l'approvazione di alcune nuove molecole, come per esempio il Tenofovir, che è più efficace e si assume una volta al giorno: pensate che rivoluzione rispetto alle decine di pastiglie che si devono prendere adesso. Sabato 30 novembre, alla fine dei lavori, c'è stato un sit-in davanti al ministero delle Finanze. Eravamo in tanti: malati, famigliari, amici ...Chissà, forse anche questo ha contribuito a sbloccare la pratica...

e l'orgoglio

prevenire i potenziali danni determinati da una riforma di stampo federalista. Nel pomeriggio si è tenuto il corteo, partito da piazza della Repubblica e conclusosi con un sit in di fronte al ministero delle Finanze. Di questo congresso proponiamo ai lettori di Parliamo D+ uno dei temi scientifici di più grande impatto tra le persone con Hiv - la lipodistrofia - e un'intervista a due attivisti, che parlano a ruota libera di questo incontro, dei problemi di chi convive con il virus e delle loro speranze per il futuro.

Corrado "Lo Stato deve garantire l'accesso ai farmaci in modo uniforme. Ma cosa succederà se le Regioni non legifereranno in maniera omogenea? Se qualche Regione iniziasse a far pagare anche uno solo dei farmaci, sarebbero pochi i sieropositivi a poterseli permettere. Molti di noi vivono solo con il sussidio o hanno lavori precari..."

Laura "A Perugia l'anno scorso sono finiti i reagenti per testare il livello di CD4 e CD8; i medici ne hanno fatto richiesta e si sono sentiti rispondere che la richiesta per i reagenti è annuale e non può essere integrata nel corso dell'anno. Siamo dovuti intervenire noi di Anlaids con manifestazioni e pressioni: soltanto così li hanno fatti arrivare... In Umbria è stato istituito un tavolo regionale sulle problematiche legate ad Hiv e Aids e siamo riusciti a farne parte. Bisogna fare in modo che i servizi pubblici funzionino e che non siano le associazioni ad occuparsi di tutto".

Corrado "A preoccuparci è anche la questione del lavoro. Benché sia vietato, molte aziende richiedono il test dell'Hiv prima dell'assunzione e se ti rifiuti di farlo difficilmente riesci ad avere il posto. Inoltre il mobbing nei confronti dei lavoratori sieropositivi, non solo verticale ma anche orizzontale, è frequentissimo... Denunce ce ne sono poche e quindi diventa difficile intervenire: dobbiamo invece continuare a lavorare sull'informazione per aumentare la consapevolezza dei nostri diritti".

Laura "... E poi bisogna riuscire ad ottenere condizioni agevolate per l'accesso al lavoro. Qui da noi continuano ad investire in case alloggio, senza rendersi conto che oggi le priorità sono i corsi di formazione, le borse lavoro..."

Corrado "Come gruppo ci siamo dati degli obiettivi. Il primo consiste nella creazione di reti regionali e nazionali che rendano possibile una più veloce circolazione di informazioni e uno scambio reale... Abbiamo inoltre pensato di decentrare gli incontri, in modo da mantenere alta l'attenzione, mettere in luce le differenze geografiche e tracciare delle linee d'azione più concrete. L'Associazione nazionale naturalmente farà da collante e da traino".

Corrado "Nei confronti dell'Hiv c'è stato un abbassamento della guardia, un sacco di persone pensa che tanto ormai la malattia sia sotto controllo, che il vaccino uscirà a breve e che quindi non è il caso di farsi troppe *menate*. Le informazioni date in questo periodo sono fuorvianti e anche se noi continuiamo a fare incontri nelle scuole e siamo stati anche in qualche fabbrica ci sono fasce di popolazione che rimangono difficilmente raggiungibili. Le associazioni hanno poche risorse e le campagne ministeriali...beh, lasciamo stare: il messaggio trasmesso dall'ultimo opuscolo è poco realistico. È vero che la prevenzione non si fa solo col preservativo, ma non si può

nemmeno dire a degli adolescenti di astenersi dai rapporti sessuali. Visto che comunque li avranno, tanto vale che siano protetti...Oggi il profilo del sieropositivo medio è quello di un 40enne normale, con buone capacità economiche... Il concetto di categorie è completamente saltato, ma la gente pensa ancora secondo il vecchio schema, che non ha certo aiutato a far diminuire il numero dei contagi. E adesso torniamo addirittura a dire ai giovani che per evitare di *beccarsi* l'Hiv l'importante è non far sesso. Questo opuscolo rischia solo di alimentare ulteriori alibi..."

Laura "Serve un osservatorio epidemiologico serio: sento dire che i casi di Aids sono diminuiti, io credo che sia diminuita la mortalità, ma che ci sia ancora un sommerso incredibile per quanto riguarda il numero dei contagi".

Corrado "Dal '97 sono cambiate tantissime cose. Prima la maggior parte di noi aspettava di morire, invece siamo sopravvissuti e siamo diventati parte attiva nella gestione della nostra malattia. Siamo l'unica categoria di malati che ha fatto questo salto. Il pregiudizio è ancora alto: da parte delle persone sieropositive c'è stata però una grandissima presa di coscienza. Siamo passati dall'angoscia di morire a quella di vivere: uscire dalla seconda è solo compito nostro e stiamo facendo del nostro meglio".

Corrado "Le urgenze? Prima di tutto la gestione dei farmaci, l'aderenza alle terapie, gli effetti collaterali. I convegni sono importanti anche per avere aggiornamenti. A luglio sono stato al Congresso mondiale a Barcellona e adesso posso trasferire le informazioni nei gruppi locali. Poi c'è il problema del lavoro, la difficoltà a trovarlo e a mantenerlo. Legato a questo c'è il problema della pensione: il rischio di perderla aumenta costantemente a causa dei tagli alla sanità e questo per alcune persone a reddito minimo sarebbe un dramma...C'è molta voglia di confrontarsi, di stare insieme, di uscire dalla solitudine. Molti sieropositivi sono stati allontanati dalle famiglie o si sono autoisolati per paura, altri hanno semplicemente voglia di passare del tempo con persone nella loro stessa situazione, così organizziamo occasioni di socialità, gite, pizze..."

Corrado e Laura "Oggi ci sono più persone che vengono in associazione e si impegnano. Magari non sono visibili sulla stampa ma all'interno dei gruppi si danno molto da fare. Anche a livello familiare è aumentata la visibilità. Rimane invece ancora bassa a livello sociale, soprattutto negli ambiti lavorativi. Occasioni come quella di questo convegno contribuiscono sicuramente a migliorare la situazione. Ci viene in mente in proposito una famiglia del Sud, persone che probabilmente avevano sempre avuto pochi contatti e che non avevano avuto modo di confrontarsi con altra gente coinvolta nel problema. Li abbiamo visti illuminati: è stato molto bello".

SARAH SAJETTI

Lipodistrofia, il corpo che cambia

tutto quello (o quasi) che avreste voluto sapere prima, ma che tutti quanti abbiamo saputo soltanto dopo. Parafrasando il titolo di un celebre film di Woody Allen, il prof. Massimo Galli, infettivologo al Sacco di Milano, ha così sottotitolato la sua relazione al congresso: una relazione che aveva per tema la lipodistrofia e le alterazioni metaboliche, sicuramente tra i problemi più attuali e urgenti dei pazienti in terapia antiretrovirale. Con un linguaggio chiaro e privo di inutili accademismi, Galli ha spiegato alla platea perché improvvisamente, proprio quando la vita sembra tornata a sorridere grazie ai farmaci, il loro corpo inizia a cambiare.

“Per prima cosa - ha esordito Galli - bisogna dire che l’Hiv è un gran *bastardo*: non contento di prendersela con il sistema immunitario abbassando le difese e causando l’Aids, altera la produzione delle citochine pro-infiammatorie creando una serie di dissesti metabolici. I farmaci hanno risolto situazioni apparentemente irrecuperabili, permettendo a molti di tornare ad avere una prospettiva di vita. Tuttavia, la necessità di introdurla nella pratica corrente con procedure d’urgenza e la loro tendenza a manifestare effetti collaterali a medio-lungo termine hanno generato una serie di sorprese. Tra queste, le alterazioni metaboliche e del tessuto adiposo”.

[Cosa sono le alterazioni metaboliche?](#)

Durante il trattamento con an-

tiretrovirali si possono presentare alterazioni del grasso corporeo spesso accompagnate ad un aumento dei grassi e talora degli zuccheri nel sangue. All’insieme di queste condizioni, che si presentano in modo molto variabile da persona a persona, ma con frequenza notevole, viene dato il nome di sindrome lipodistrofica o lipodistrofia. Le alterazioni del grasso corporeo possono manifestarsi con forme da accumulo, in particolare alla base della nuca (la cosiddetta gobba di bufalo), alle mammelle, all’addome, o da perdita (lipoatrofia), ad esempio con assottigliamento degli arti (soprattutto inferiori) e prominente delle vene superficiali, restringimento dei fianchi e delle co-

sce, escavazione del volto, e con quadri misti, in cui sono contemporaneamente presenti aree di accumulo e di perdita in diverse regioni corporee.

[Conosciamo le cause della lipodistrofia?](#)

Non ancora. Sappiamo però che alterazioni si osservano, anche se con frequenza diversa, con tutte le combinazioni di farmaci. Si stima che sviluppi segni di lipodistrofia circa il 50% delle persone trattate con farmaci antiretrovirali per due o più anni. Percentuale che sale oltre il 60% in chi assume NRTI più IP, mentre nelle persone

trattate con soli NRTI è del 35%. Per quanto i dati siano ancora pochi, è ragionevole affermare che le associazioni di NRTI e NNRTI provochino una minore frequenza di alterazioni, o necessitino di tempi più lunghi per provocarle, rispetto alle associazioni di NRTI e IP. Oltre ad un ruolo diretto dei farmaci antiretrovirali, anche altri fattori sarebbero coinvolti nello sviluppo delle alterazioni del grasso corporeo, per esempio l’età, il sesso, il peso all’inizio del trattamento, l’etnia (gli asiatici e gli afroamericani avrebbero forse una minor frequenza di lipodistrofia), la durata dell’infezione e le modificazioni immunologiche e virologiche indotte dalla terapia. Nelle donne le alterazio-

ni sono in assoluto più frequenti, in particolare per quanto riguarda l’accumulo di grasso; negli uomini sarebbe invece più frequente l’aumento di colesterolo, glucosio e trigliceridi nel sangue. Nelle persone sovrappeso è più facile che si sviluppino alterazioni di accumulo, mentre in quelle sottopeso prevale la perdita di grasso. Diversi studi hanno evidenziato un maggior rischio di sviluppare alterazioni del tessuto grasso nei pazienti con più lunga storia d’infezione e con una più lunga durata del trattamento: in particolare nei pazienti in cui si è osservata la

L’Hiv, non contento di prendersela con il sistema immunitario abbassando le difese e causando l’Aids, altera la produzione delle citochine pro-infiammatorie creando una serie di dissesti metabolici

migliore risposta immunologica (aumento dei linfociti CD4) e virologica (negativizzazione della carica virale) al trattamento.

Cosa si può fare per prevenire o limitare i danni o, ancora, migliorare la situazione?

Le conoscenze sull'evoluzione e sulla reversibilità delle alterazioni in funzione della sospensione e/o delle eventuali

degli indicatori della qualità di vita.

Per quanto riguarda la dieta o lo stile di vita da seguire, che consigli si possono dare al paziente?

È opportuno ridurre il consumo di grassi animali e zuccheri, smettere di fumare, limitare drasticamente il consumo di alcol e controllare l'ipertensione arteriosa. Secondo alcu-

ne, migliora l'aspetto fisico e ha effetti favorevoli sullo stato psicologico. In sintesi, è sempre opportuno non sospendere o modificare autonomamente la terapia; controllare frequentemente i valori di colesterolo, trigliceridi e glicemia a digiuno, eseguire fotografie e misurazioni del proprio corpo (circonferenza torace, vita, fianchi, cosce, ecc.) per riconoscere sin-

mirati. Specifiche modificazioni del regime terapeutico, come già detto, hanno portato miglioramenti sostanziali delle lesioni lipodistrofiche. Non vi sono studi che consentano di affermare che la sospensione totale della terapia ottenga sensibili modificazioni delle alterazioni corporee. La sostituzione o sospensione dell'inibitore della proteasi, invece, si riflette spesso in un significativo miglioramento delle alterazioni del metabolismo lipidico e glucidico.

Gli accumuli localizzati di grasso sottocutaneo possono essere rimossi chirurgicamente o mediante liposuzione. L'efficacia degli interventi di chirurgia estetica per i casi di lipoatrofia accentuata del volto sono ancora da valutare. In attesa di saperne di più gli interventi di chirurgia estetica dovrebbero tuttavia essere limitati solo ai casi di assoluta necessità e affidati a mani esperte.

Le alterazioni metaboliche comportano un aumento del rischio di malattie cardiovascolari?

È probabile, ma non lo sappiamo ancora con precisione. Sono in corso numerosi studi che dovrebbero consentire una definizione del rischio associato alle varie combinazioni terapeutiche. Si è comunque concordi nell'affermare che le alterazioni metaboliche non giustificano un'interruzione o una sostituzione di terapia dove non siano disponibili alternative.

Cosa possiamo dire in chiusura?

Purtroppo, quando si stabilizzano, è difficile che le alterazioni morfologiche regrediscono completamente. Per questo bisogna investire nella prevenzione e nella loro individuazione precoce.

Le raccomandazioni dell'International Aids Society

(Schambelan et al., 2002)

Resistenza all'insulina:

- Determinare glicemia e tolleranza al glucosio prima di iniziare il trattamento con IP e dopo 3-6 mesi (poi almeno una volta all'anno)
- Evitare se possibile IP in persone con alterazioni del metabolismo del glucosio o con parenti di primo grado diabetici
- Passare da IP a nevirapina o efavirenz o abacavir in caso di glicemia alterata: se persiste seguire le indicazioni adottate per HIV negativi (dieta, esercizio fisico; riduzione del peso e uso di farmaci antidiabetici, se necessario)

Anomalie dei lipidi e delle lipoproteine

- Determinare trigliceridi e colesterolo totale e frazionato prima di cominciare e prima di cambiare terapia e dopo 3-6 mesi (poi almeno una volta all'anno)
- Considerare i fattori di rischio cardiovascolare: età, sesso, fumo, diabete, familiarità, ipertensione, menopausa
- Considerare trattamenti senza PI in pazienti con fattori di rischio cardiovascolare

Nota bene: non sospendere per paura di ulteriore aumento della lipidemia se le opzioni sono limitate

- Dieta: seguire le linee guida del NCEP per ridurre il colesterolo (dieta mediterranea)
- Cambiamento dello stile di vita (riduzione del peso, attività fisica, restrizione dietetica)
- Farmaci ipolipemizzanti: solo nel caso in cui la modificazione di ART e dello stile di vita non ottengano risultato o in cui non sia possibile cambiare combinazione di farmaci antiretrovirali

modificazioni del trattamento antiretrovirale sono ancora limitate. Alcune segnalazioni non indicano un miglioramento significativo in seguito alla sostituzione dell'IP con un NNRTI o un NRTI, mentre risultano significative la riduzione dei trigliceridi e, in generale, degli altri indici di alterazione metabolica, oltre al miglioramento

ne segnalazioni l'assunzione di olio di pesce, che contiene acidi grassi polinsaturi omega-3, è in grado di ridurre i livelli di trigliceridi e in misura minore quelli del colesterolo, senza interferire con la terapia antiretrovirale. L'esercizio fisico, anche se non consente di recuperare il grasso perso o di migliorarne significativamente la

dall'inizio le variazioni dell'aspetto fisico. Una segnalazione precoce è infatti utile per eventuali aggiustamenti di terapia.

Può essere curata?

La scarsa conoscenza sulle cause della lipodistrofia non permette, al momento, di delineare interventi terapeutici

Vaccino preventivo, speranze solo per neri e asiatici

il primo vaccino anti-Aids ad essere sperimentato sull'uomo ha dato risultati deludenti sulla popolazione generale riducendo l'infezione da Hiv solo nel 3,8% dei 5400 uomini e donne a rischio arruolati nello studio. Il vaccino però non ha fallito del tutto: dall'analisi più approfondita dei dati emerge infatti che il 67% del sottogruppo-campione, costituito da asiatici, e il 78% di quello rappresentato dai neri, è risultato immune. I risultati, diffusi a febbraio dalla VaxGen, azienda produttrice del vaccino denominato 'AidsVax', sono i primi di uno studio di fase III randomizzato, in doppio cieco e contro placebo, messo in cantiere in accordo con la Food and Drug Administration, per testare sicurezza ed efficacia del vaccino nel proteggere dalla trasmissione sessuale del virus. La ricerca, durata tre anni, ha coinvolto 5.108 uomini e 309 donne a rischio, distribuiti in 59 cen-

tri di Stati Uniti, Canada, Portorico e Olanda, tutti sieronegativi all'inizio dello studio. L'AidsVax è composto da una forma ricombinante della proteina di superficie Gp120 e comprende due antigeni del sottotipo B dell'Hiv: MN e GNE. Durante i 36 mesi di test, il vaccino è stato iniettato per 7 volte ad ogni volontario. "E' la prima volta che possiamo dire che un vaccino è riuscito a impedire l'infezione da Hiv nell'uomo - afferma Philip Ber-

man, vicepresidente della VaxGen e inventore del vaccino - anche se non sappiamo ancora spiegare perché la risposta immunitaria sia migliore in alcuni gruppi etnici. Questi risultati preliminari indicano comunque che un vaccino basato sulle proteine di superficie riesce a stimolare

la produzione di anticorpi in grado di prevenire l'infezione". Trial di fase II sono in corso anche in Thailandia, e i risultati sono attesi per fine anno.

Secondo Peter Piot, direttore esecutivo dell'Unaid, il programma congiunto delle Nazioni Unite sull'Hiv/Aids, i risultati di questo studio rappresentano comun-

Delusione per i risultati dell'AidsVax. Solo il 3,8% dei pazienti risponde al vaccino

que "un passo importante per lo sviluppo di un siero efficace". Per questo, sostiene Piot "è necessario avviare indagini mirate per capire perché questo vaccino sembra funzionare solo su alcuni sottogruppi e non su altri. E nello stesso tempo bisogna proseguire negli sforzi di prevenzione, dimostratisi efficaci se condotti su larga scala".

"Risultati curiosi ma prevedibili", li ha invece definiti Gianni Rezza, dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità e membro della Commissione vaccini dell'Oms. "La bassa protezione offerta dal vaccino era già emersa alla presentazione dei risultati intermedi della sperimentazione. Interessanti rimangono però i dati relativi ai sottogruppi costituiti da neri e asiatici, che hanno registrato notevoli percentuali di protezione dal virus Hiv". Per il ricercatore italiano la sperimentazione su queste classi di persone va quindi assolutamente ripetuta ma su un numero più consistente di soggetti "per evitare che i risultati positivi ora in possesso rappresentino solo una variabilità del campione e perché se confermati, costituirebbero comunque un successo. Il 78% di protezione tra i neri renderebbe, di fatto, questo vaccino efficace almeno in Africa, dove si concentrano le più alte percentuali di malati".

Si allungano i tempi per quello italiano

Slitta ancora l'avvio della sperimentazione del vaccino italiano contro l'Aids, messo a punto dai ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità coordinati da Barbara Ensoli. Lo ha confermato Gianni Rezza, dirigente di ricerca dell'Iss, secondo il quale le ultime notizie dal laboratorio scozzese che sta producendo il candidato vaccino fanno ritenere che i test sull'uomo possano partire solo in primavera.

I ricercatori prevedono che il candidato vaccino italiano venga testato per la fase I (quella della sicurezza) dapprima su cento persone in tre centri clinici di Roma e Milano (Policlinico Umberto I, Istituto Spallanzani e San Raffaele). Il vaccino utilizza la proteina Tat e avrà due applicazioni, una preventiva su 50 persone sane e una terapeutica su altrettante persone sieropositive. Obiettivo del vaccino è bloccare una proteina del virus che è considerata il motore di replicazione del microrganismo.

"Immuni" alla malattia

Svelata la possibile causa della "resistenza" all'Aids di alcuni sieropositivi. Alla base una differente risposta del sistema immunitario alle infezioni. Uno studio statunitense, pubblicato sulla rivista "Nature Immunology", rivela che il "segreto" è racchiuso in una maggiore capacità di "reazione" dei linfociti CD8 in quei pazienti che i virologi hanno ribattezzato long-term non-progressor. In questi sieropositivi, infatti, i globuli bianchi che contrastano il virus dell'Aids non sono in numero diverso, ma diverso è invece il loro modo di funzionare. Sono cioè molto più attivi. Mark Connors, del Laboratory of Immunoregulation presso il National Institutes of Health (NIH) di Bethesda, ha studiato un campione di 40 sieropositivi, tra cui 15 "long-term non-progressors" che in 20 anni non avevano sviluppato l'Aids. E ha visto che le differenze tra le due classi di malati erano proprio nella maggiore risposta dei linfociti CD8+. I CD8 dei 'non progressor' si replicavano e proliferavano molto più velocemente. Inoltre, producevano maggiori quantità di una tossina, la "perforina" che serve ad uccidere cellule già infettate dal virus. Questo risultato suggerisce che l'Hiv riesce a vincere le difese immunitarie e provocare l'Aids perché danneggia le capacità di replicazione dei CD8 e la loro capacità di produrre la perforina.

Solo una volta al giorno

Dalla metà di gennaio è disponibile in Italia un nuovo farmaco anti-Aids da prendere una sola volta al giorno. Il Tenofovir, questo il nome della molecola, è un inibitore delle proteasi non nucleotidico "atteso" da tempo da molti pazienti in cura, la cui disponibilità nel nostro paese era stata "ritardata" creando non poche polemiche. Oltre all'arrivo del nuovo farmaco, che tra l'altro presenta un minore rischio di tossicità perché danneggia meno i mitocondri, "i polmoni della cellula", ci sono altre molecole, non ancora autorizzate al commercio, ma disponibili al momento in uso compassionevole per i pazienti italiani. Si tratta dell'atazanovir, reperibile in tutti i centri italiani e in dosi illimitate, e del T20, che appartiene invece alla nuova classe degli inibitori della fusione, limitato però a soli tre pazienti per ciascun centro. In sperimentazione, poi, anche un'altra nuovissima classe di prodotti che lavora ancora più in anticipo: non quando il virus è già entrato nella cellula (fasi di fusione o di replicazione) ma prima che faccia il suo "ingresso".

Fda, procedura accelerata per inibitore della fusione

La Fda statunitense ha concesso la procedura accelerata per un nuovo farmaco contro l'Aids, della classe degli inibitori della fusione. Lo riferiscono le due aziende produttrici, la svizzera Roche e la sua partner americana Trimeris Inc. La "corsia preferenziale" per l'approvazione del farmaco permette di dimezzare i tempi: sei mesi anziché i tradizionali dodici. La sua approvazione, quindi, potrebbe arrivare già il prossimo 16 marzo 2003. Il procedimento abbreviato viene concesso solo nel caso in cui il farmaco in oggetto possa rivelarsi un importante passo in avanti nella cura di una determinata malattia. Il farmaco è un inibitore della fusione, l'ultimissima generazione di medicinali anti-Aids, che blocca il virus dell'Hiv prima che entri nelle cellule. Un prodotto che potrebbe essere molto costoso, e indicato soprattutto per quei malati che hanno contratto una forma di virus resistente alle terapie oggi disponibili. La sua somministrazione dovrebbe comunque essere affiancata a quella di altri farmaci. La notizia ha messo in agitazione gli attivisti impegnati nella lotta contro la "malattia del secolo", preoccupati soprattutto per il possibile costo di vendita. Nessuna cifra è stata fatta con precisione dalle due case produttrici, ma le indiscrezioni parlano di circa 10/15 mila dollari per un anno di terapia.

Italiani fabbricano due zuccheri anti-Hiv

Una nuova scoperta italiana sul fronte della lotta all'Aids. Due zuccheri creati in provetta che funzionano da "esca" per il virus Hiv: lo attirano, lo accerchiano e lo neutralizzano, impedendogli l'ingresso nelle cellule del sistema immunitario. A fabbricarli sono stati i ricercatori del San Raffaele di Milano che con la collaborazione di Glycores, società biochimica del capoluogo lombardo, hanno costruito KOS e KNOS. Le due molecole, in uno studio pubblicato sulla rivista 'Aids', hanno dimostrato potenti effetti anti-Hiv, e a detta dei loro inventori aprono la strada alla messa a punto di un gel o di una schiuma per rapporti sessuali sicuri. La fase attuale è strettamente sperimentale" (test "in vitro"); i primi dati clinici (sull'uomo) potrebbero essere disponibili" nell'arco di 5 anni "La specificità di KOS e KNOS rispetto alle molecole già esistenti - spiegano i ricercatori - sta nel fatto che, essendo di natura zuccherina e non proteica, tendono a non indurre la produzione di anticorpi che rischierebbero di neutralizzarne l'effetto".

Unaid, 42 milioni di sieropositivi

A CURA DI
GINO TOMASINI

Sono 42 milioni i sieropositivi nel mondo. Due milioni in più rispetto al 2001. Nel corso dell'ultimo anno le nuove infezioni sono state 5 milioni e, a dispetto degli sforzi profusi nel continente africano, è lì che si concentra l'emergenza maggiore: oltre il 75% dei 3,1 milioni di decessi del 2002 si è verificato in queste regioni. I "numeri" arrivano dall'ultimo rapporto dell'Unaid, l'organismo delle Nazioni unite impegnato nella lotta di un'epidemia che corre a gran velocità per tutto il pianeta, con un particolare allarme nei Paesi dell'est europeo e dell'Asia centrale, dove l'infezione si diffonde più velocemente che altrove. In queste due zone, nel 2002, si sono

contate 250 mila nuove infezioni, "che hanno fatto impennare a 1,2 milioni il numero dei sieropositivi". In Uzbekistan, per esempio, nei primi sei mesi del 2002, ci sono state tante nuove infezioni quante se ne sono registrate negli ultimi 10 anni. "In questi Paesi - spiegano i tecnici dell'Unaid - la principale modalità di trasmissione del virus Hiv è lo scambio di siringhe tra tossicodipendenti".

L'Africa rimane, in ogni caso, l'emergenza numero uno. "Al di sotto del Sahara l'epidemia di Aids sta inghiottendo tutte le risorse a disposizione - dice preoccupato Peter Piot, direttore esecutivo dell'Unaid - Per questo dobbiamo agire ora e su larga scala, non solo per

aiutare le popolazioni maggiormente colpite, ma anche per cercare di frenare la progressione della malattia in quelle aree del mondo dove si sta diffondendo ad un ritmo vertiginoso".

Nel 2001 l'Aids ha ucciso 500 mila persone in Lesotho, Malawi, Mozambico, Swaziland, Zambia e Zimbabwe. Circa il 20% della popolazione adulta è infetta e oltre 14 milioni di persone non sanno di che nutrirsi. Anche il continente asiatico sta affrontando un momento definito critico dal rapporto Onu. "La diffusione del virus Hiv è ancora nella sua prima fase. E senza azioni mirate ed efficaci, tra 4 anni le persone infette rischiano di salire a oltre 11 milioni". Non mancano le critiche, rivolte ad alcune campagne anti-Hiv che si sono dimostrate poco efficaci.

"Le previsioni parlano di 29 milioni di nuovi casi nel mondo nei prossimi 10 anni", aggiunge Piot, secondo cui "nel 2005, nei Paesi in via di sviluppo, i programmi di prevenzione richiederanno 10,5 miliardi di dollari. Ma per il futuro - prosegue il direttore dell'Unaid - gli investimenti dovranno salire a 15 miliardi di dollari nel 2007, e così per i successivi dieci anni. Purtroppo, però, le risorse arrivano con il contagocce: rispetto all'obiettivo di raccogliere 10 miliardi di dollari l'anno nel Global Fund per Aids, Tbc e malaria, nel 2002 è stato destinato ai progetti di lotta all'Aids per i prossimi cinque anni soltanto un miliardo di dollari".

Nel 2001 l'Aids ha ucciso 500 mila persone in Lesotho, Malawi, Mozambico, Swaziland, Zambia e Zimbabwe. Circa il 20% della popolazione adulta è infetta

Terre senza più braccia

nel suo intervento all'ultimo Summit della Terra di Johannesburg, Peter Piot, direttore esecutivo di Unaid, ha sostenuto con forza che "se non si controllerà al più presto l'epidemia di Aids, saranno molte le occasioni di sviluppo a misura di uomo e ambiente che verranno perse". "L'Hiv-Aids - ha ammonito Piot - sottrae al mondo la sua risorsa più preziosa: la popolazione. Per questo la lotta alla malattia e quella per lo sviluppo sostenibile sono inseparabili. L'Aids colpisce infatti so-

marrà una fantasia. Nonostante tutto ciò, al G8, non abbiamo visto alcun impegno né azione pratica per incrementare le risorse.

Quindi?

Il Segretario Generale dell'ONU, Kofi Annan, ha inviato un questionario ai 180 governi aderenti all'UNGASS (United Nation General Assembly Special Session) al fine di annotare i progressi che le azioni promosse nel 2002 avranno da quest'anno al 2005. Per il 2003, per esempio, i governi firmatari hanno assicurato che metteranno in atto strategie, politiche e programmi per identificare e indirizzare i fattori che aumentano particolarmente la vulnerabilità all'infezione da virus HIV, quali il sottosviluppo, l'insicurezza economica, la povertà, la carenza di miglioramento della condizione della donna, la mancanza di educazione, l'emarginazione sociale, l'analfabetismo, la discriminazione, la mancanza di informazione, tutti i tipi di sfruttamento sessuale delle donne, dei ragazzi e delle ragazze, anche per ragioni 'commerciali'. L'ONU realizzerà inchieste indipendenti per far passare le varie petizioni ai governi. Qualcuno ha suggerito che dovrebbe esserci uno strumento in grado di misurare la politica corretta condotta dai governi e i risultati in termini di aumento del soccorso. Personalmente sono convinto che le politiche corrette da parte dei vari governi dovrebbero essere ricompensate. Anche se forse sarebbe meglio scavalcare un governo che non fa ciò che dovrebbe e dare i fondi direttamente alle organizzazioni non governative. Allo stesso modo credo che sarebbe meglio focalizzare i report sulla prevenzione piuttosto che sull'estensione dei trattamenti antiretrovirali. Per esempio, i media non hanno dato sufficienti attenzioni all'importanza di un'alimentazione corretta, della profilassi... Sono sbalordito dal fatto che il problema stia riemergendo un'altra volta. Ho lavorato in un numero sufficiente di Paesi per sapere che non in tutte le Nazioni l'assistenza sanitaria è così precaria. Circa il 40% dei residenti nelle aree urbane può accedere a strutture decenti, mentre è certamente più complicato per chi abita nelle campagne... In Africa, le difficoltà dei servizi sanitari vengono adottate come scusa per non far nulla. Quando uno si trova a dover affrontare un problema complesso o si paralizza, oppure tenta di risolverlo pezzo per pezzo.

prattutto gli adulti fra i 15 e i 49 anni, che hanno un ruolo economico e sociale fondamentale per la vita di un paese. La malattia minaccia le risorse umane, la loro capacità produttiva, aggravando la povertà e rendendo più difficile la ripresa dello sviluppo e il progresso". Piot ha anche rivolto un appello affinché "l'Aids venga riconosciuto come la posta in gioco trasversale per lo sviluppo sostenibile, e non solo sotto la voce 'salute'". Anche perché l'AIDS - ha più volte detto il direttore dell'Unaid - è un problema politico e le risposte devono venire dalle scrivanie più importanti del mondo.

Dott. Piot, per il momento le risposte venute dalla politica non sono confortanti: dal G8 canadese sono stati per esempio ignorati gli appelli per eliminare i sussidi all'agricoltura, che avrebbero permesso l'ingresso dei prodotti dei paesi in via di sviluppo nel mercato mondiale. Qual è il suo parere?

Un maggiore accesso sui mercati dei paesi ricchi, l'alleggerimento del debito e un sussidio per lo sviluppo permetterebbero a queste nazioni di mettere in moto il meccanismo per ridurre la loro povertà. Solo nel 2001, i paesi ricchi hanno speso più di 300 mila miliardi di dollari in sussidi per l'agricoltura, cifra più o meno equivalente al PIL di tutti i paesi subsahariani. Secondo la FAO, in quest'area, ci sono 12 milioni di persone che soffrono la fame. Nei documenti del G8 la questione AIDS è stata però confinata in un singolo paragrafo: ma senza combattere l'Aids lo sviluppo africano ri-



Gli Stati Uniti non fanno sconti

niente sconti agli ultimi del mondo. Al Wto di fine dicembre gli Stati Uniti hanno posto il veto all'accordo per fornire i farmaci a prezzo contenuto ai paesi poveri. Un niet poco politically correct ma sicuramente non del tutto inatteso. "La risoluzione di Ginevra, che doveva concretizzare una generica dichiarazione d'intenti rilasciata a Doha nel 2001 - ha sostenuto Stefano Vella, virologo ed ex presidente dell'International Aids Society in un'intervista al Manifesto - era troppo semplicistica e un po' demagogica perché ampliava l'abolizione del brevetto a una gamma troppo vasta di farmaci. Sarebbe invece stato più utile concentrare gli sforzi su un numero mirato di molecole e di malattie - Aids, malaria, tubercolosi - e portare a casa un risultato. Volendo troppo - ha detto l'esperto - ci si è invece esposti al veto scontato degli Usa, che hanno la forza di aprir bocca e dire crudelmente quel che magari altri paesi pensano".

Secondo Stefano Vella, se per garantire l'accesso ai farmaci al Sud del mondo si punta soltanto all'abolizione dei brevetti, la strada, oltre che parziale, è anche sbarrata. Assodato che la loro durata va sicuramente accorciata ("le multinazionali dei farmaci hanno profitti più alti delle altre industrie, spendono più soldi in marketing che in ricerca"), i brevetti non devono però essere aboliti. I farmaci, come tutte le proprietà

intellettuali, vanno protetti. "Le industrie sanno benissimo che il Sud è talmente povero da non essere un mercato profittevole. E allora - dice Vella - negoziamo con loro: sono certo che sarebbero disposte a fornire farmaci a prezzi stracciati per i paesi poveri a patto d'avere la vita tranquilla in quelli ricchi, d'avere cioè la certezza che i paesi ricchi non reimpor-

ranno di contrabbando i farmaci spediti e prodotti al Sud. La risoluzione di Ginevra non garantiva il quieto vivere delle multinazionali qui da noi. Così gli Usa hanno fatto muro e l'hanno affondata. Insisto, le case farmaceutiche vanno coinvolte, anche perché ci servono: io non voglio curare l'Aids in Africa con prodotti vecchi, pretendo i più aggiornati, i più efficaci, i

più semplici da somministrare".

Ma se le multinazionali del farmaco sono un bersaglio facile, nel senso che è facile prendersela con loro, a detta di Vella il vero nemico del Sud del mondo è tutto il Nord, siamo noi: per questo dice l'esperto "dobbiamo cambiare la nostra mentalità e destinare i nostri soldi ad altri scopi, non limitarci a pretendere dalle multinazionali ciò che sappiamo non ci daranno".

"È inoltre molto occidentale pensare che basti inviare vagonate di pastiglie e vaccini nei paesi a grande pandemia per risolvere il problema. Purtroppo non è così sempli-

E il cattolico Bush chiuse un occhio sull'aborto

il presidente americano George W. Bush, profondamente cattolico e decisamente contrario all'aborto, ha deciso di chiudere un occhio per non ostacolare la lotta contro l'Aids. Le organizzazioni non governative che lottano contro il morbo nel Terzo Mondo, anche attraverso la promozione dell'interruzione volontaria della gravidanza (Ivg), potranno infatti beneficiare, se rispetteranno alcune condizioni, dei finanziamenti previsti dal superpiano anti-Aids lanciato alla fine del mese scorso dal presidente americano, il cui valore complessivo è di 15 miliardi di dollari.

Secondo il New York Times, Bush ha dovuto decidere tra due delle sue priorità assolute: o sceglieva di frenare in modo deciso il dilagare dell'Aids soprattutto nei paesi in via di sviluppo, o poneva seri limiti al suo programma anti-Aids decidendo di seguire una linea antiabortista dura. Secondo i collaboratori del presidente, Bush ha scelto "una linea di compromesso" più favorevole alla lotta contro l'Aids che a quella contro l'aborto. Una linea pragmatica, forse ispirata dalla filosofia della guerra contro il terrorismo iniziata dopo gli attentati dell'11 settembre 2001 contro le Torri Gemelle ed il Pentagono. Una guerra cioè che viene condotta abbandonando, per ovvie ragioni di emergenza, alcuni imperativi di carattere morale, come dimostra la "licenza di uccidere" data agli agenti segreti della Cia, anche all'estero se necessario.

Il compromesso accettato da Bush è il seguente: le Ong che gestiscono programmi misti, cioè sia di prevenzione e cura dell'infezione, sia di controllo delle nascite attraverso l'aborto, non potranno beneficiare dei finanziamenti americani. Quelle che separano nettamente le due attività, con finanziamenti anch'essi nettamente separati, potranno invece ricevere gli aiuti statunitensi. Il piano americano andrà a beneficio soprattutto del continente più colpito, quello africano, e delle isole dei Caraibi.

Il piano americano

i L piano Bush, annunciato a sorpresa durante il suo secondo discorso sullo Stato dell'Unione, il 28 gennaio a Washington, è complessivamente di 15 miliardi di dollari, il triplo di quanto era stato investito finora dagli Stati Uniti nella lotta contro la sindrome da immunodeficienza acquisita. I primi investimenti, due miliardi, faranno parte del bilancio 2004.

Due terzi della somma complessiva, circa dieci miliardi, consisteranno in nuovi investimenti, mentre un miliardo di dollari verrà destinato al Fondo Globale contro l'Hiv/AIDS, la tubercolosi e la malaria, lanciato dagli Otto Grandi al Vertice del G8 di Genova, nel luglio 2001.

Nel suo discorso al Congresso, Bush aveva ricordato che in Africa circa 30 milioni di persone sono affette da AIDS, tra cui tre milioni di bambini. Dei quattro milioni che avrebbero bisogno di cure immediate, solo 50.000 circa sono attualmente curati.

Il presidente aveva poi ricordato che il prezzo dei medicinali è vistosamente calato in questi ultimi anni, un fatto che agevola la lotta contro l'Aids: la spesa è attualmente di circa 300 dollari l'anno per malato, contro i 12.000 di alcuni anni or sono.

Secondo Bush, il programma dovrebbe permettere di prevenire sette milioni di casi di infezione e di curare due milioni di malati.

ce: ci vogliono le strutture e il personale per distribuirli e somministrarli. Il vaccino per il morbillo costa poco più di un dollaro, eppure di morbillo muoiono 800.000 bambini ogni anno. Il Nord ricco non avrebbe difficoltà a pagare il vaccino. Ma poi la campagna di vaccinazione di massa chi la fa? Lo stesso vale per l'Aids. Anche se la terapia antiretrovirale costasse meno di 500 dollari l'anno a paziente, somma comunque proibitiva per tutti i governi africani, chi provvederebbe a somministrarla in paesi dove ci sono 7 medici ogni 100.000 abitanti?".

Anche in ragione di ciò Stefano Vella, dalle colonne del Manifesto, suggerisce ed auspica di coinvolgere nella lotta al virus gli stregoni e la medicina tradizionale, oltre naturalmente ad addestrare personale e allestire centri di

distribuzione dei farmaci. Tutti obiettivi tra l'altro già previsti dal Fondo mondiale per le malattie della povertà gestito dall'Onu e finanziato da donazioni pubbliche e private ("Purtroppo è sottofinanziato: servirebbero almeno 10 miliardi di dollari all'anno ma a disposizione ce ne sono solo 2").

La falce dell'Aids è passata anche qui, l'abbiamo provata sulla nostra pelle, continuiamo a sentirla come una malattia che ci riguarda, che viaggia e ci insidia. "Una ragione in più - ha concluso Vella - perché l'Aids possa modificare il nostro atteggiamento verso i problemi sanitari del Sud del mondo. La salute va globalizzata, anche se è un percorso a tappe: prima pensiamo all'Aids, poi alla malaria, alla Tbc, alle malattie parassitarie. Vincendo una battaglia alla volta, alla fine vinceremo anche la guerra".

Una proposta per superare lo stallo sui brevetti

l' Organizzazione mondiale della sanità come arbitro per risolvere, volta per volta, i casi controversi sui brevetti dei farmaci nei Paesi in via di sviluppo. La possibilità di aggirare il vincolo del "marchio" per curare Aids, malaria o tubercolosi dipenderà dalle decisioni degli esperti dell'Oms. Il commissario al Commercio, Pascal Lamy, ha avanzato una proposta per superare la fase di stallo che blocca i negoziati in corso al Wto. In una lettera indirizzata a ciascun membro dell'Organizzazione mondiale per il commercio, pubblicata anche sul sito dell'Unione europea, Lamy propone una soluzione "multilaterale" basata sul rispetto delle dichiarazioni di Doha e del testo redatto lo scorso 16 dicembre. La proposta Ue prevede la copertura totale nel caso di malattie "di accertata gravità e rilevanza sociale, mentre per gli altri casi le richieste dei Paesi in via di sviluppo dovranno essere vagliate dagli esperti dell'Oms, per verificare l'effettiva necessità di superare la proprietà dei brevetti". In questo modo verrebbe assicurata un'interpretazione "in buona fede", delle dichiarazioni di Doha, grazie alla garanzia degli esperti dell'Oms. Ma nello stesso tempo, laddove necessario, i Paesi in via di sviluppo potranno accedere ai farmaci necessari a combattere le eventuali epidemie sul proprio territorio. Si tratta comunque, ribadisce il documento Ue, di una soluzione transitoria, in attesa di trovare un accordo definitivo all'interno del Wto. Ma nello stesso tempo, coinvolgendo l'Oms in questo "braccio di ferro", ha commentato Lamy "si raggiunge l'obiettivo più importante, cioè quello di puntare l'attenzione sulle malattie più pericolose nelle aree in via di sviluppo, mantenendo, nello stesso tempo una certa flessibilità per affrontare anche le eventuali emergenze sanitarie".

Francia, dichiarazione di sieropositività obbligatoria

Dal primo gennaio 2003 è obbligatoria, in Francia, la dichiarazione anonima di sieropositività al virus dell'Hiv. Una misura che arriva dopo una lunga concertazione. La dichiarazione obbligatoria doveva essere applicata già dal '99, ma a rallentarla sono state le polemiche sulle modalità da adottare a garanzia dell'anonimato. Intanto, in Francia, è partita una campagna di sensibilizzazione con spot televisivi rivolti soprattutto ai giovani eterosessuali, agli omosessuali e agli immigrati. Il ministro della Sanità ha inoltre annunciato che "la ricerca sull'Aids sarà sostenuta con iniziative a favore dell' Agenzia nazionale di ricerca sull'Aids (Anrs)".

Usa, aumentano le infezioni

Il numero di nuove infezioni da Hiv, insieme ai casi di Aids, è aumentato negli Stati Uniti per la prima volta da 10 anni. È quanto si apprende dal rapporto stilato dalle autorità sanitarie federali Usa.. "La pericolosità dell'Hiv è sottovalutata - spiega Ron Valdiserri, direttore del Centro Aids e malattie sessualmente trasmesse del CDC di Atlanta - la gente non va a fare il test e trasmette l'infezione con rapporti non protetti e pratiche a rischio. Nei 25 Stati americani dove si sono registrate le nuove infezioni da Hiv, l'aumento dei casi di Aids è stato dell'8% nel periodo compreso tra il '99 e il 2001". In questi due anni abbiamo registrato un aumento del 14% nelle diagnosi di infezioni da Hiv negli omosessuali e del 10% nella trasmissione eterosessuale. La metà dei nuovi casi di Hiv - dice Valdiserri - riguarda donne che sono state infettate da partner di sesso maschile".

news

La dieta per vivere meglio

Una giusta dieta è il primo passo per tenere sotto controllo il virus dell'Aids. Parola di Oms e Fao. L'Organizzazione mondiale della sanità e quella per l'alimentazione e l'agricoltura hanno pubblicato un manuale indirizzato proprio ai malati, per aiutarli a convivere meglio con il virus e migliorare la qualità della vita. Obiettivo primario quello di contrastare gli effetti della diminuita capacità di assorbimento dei nutrienti, di perdita del tono muscolare e dell'appetito. "Il trucco - spiegano le due organizzazioni internazionali - è quello di bilanciare la dieta usando il cibo per potenziare la risposta immunitaria dell'organismo, mantenere il peso corporeo giusto e aiutare i farmaci a fare il loro dovere". E il ruolo della dieta, rimarcano Oms e Fao, è tanto più importante perché il 95% dei malati di Aids si trova in Paesi in cui le strutture sanitarie e la disponibilità è scarsa. I consigli contenuti nel manuale sono semplici: bisogna mangiare di più, proteine per aiutare i muscoli, cibi energetici per contrastare la perdita di peso, vitamine per il sistema immunitario e minerali per prevenire la disidratazione. "La dieta giusta - spiega William Clay, della divisione 'Cibo e nutrizione' della Fao - non ferma l'infezione o salva le vite. Però le prolunga e le rende più facili". Gli specialisti non esitano a sottolineare l'importanza della malnutrizione nella progressione e nell'aggravarsi della malattia. E non mancano, nel manuale, anche i consigli per solleticare l'appetito: spezie a volontà per rendere più gustosi i piatti.



news



Cina, al debutto i primi farmaci "fatti in casa"

Al debutto in Cina i primi farmaci anti-Aids prodotti nel Paese. La fornitura di medicinali, la didanosina (Ddi) e la stavudina (D4t), comunemente usati nelle terapie cocktail, sarà sufficiente per curare 3.000 malati per un anno. La terapia con farmaci prodotti in proprio costerà al governo, secondo i responsabili del progetto anti-Aids di Pechino, circa 600 dollari all'anno per ogni paziente, contro i 12 mila di quella con i medicinali importati.

Vietnam, molecole a prezzo ridotto

Il programma nazionale vietnamita per l'Aids ha approvato la produzione nel paese di farmaci anti-Hiv con un prezzo al pubblico sette volte inferiore rispetto ad analoghi medicinali provenienti dall'estero. Prodotti dalla "Mts", questi farmaci costeranno circa mille dollari all'anno per ogni paziente. Il virus dell'Hiv continua ad espandersi in Vietnam: alla fine dello scorso anno erano 59.200 le persone ammalate, 15.790 delle quali registrate solo nel 2002, e quasi 4.900 sono stati i decessi. Per combattere l'espansione del virus il Vietnam intende avviare quest'anno in piano di prevenzione che prevede una crescita nel coordinamento delle risorse nazionali ed internazionali, l'eliminazione di qualsiasi tipo di discriminazione ed una più incisiva campagna d'informazione.

Thailandia, sieropositivi in aumento tra i giovani

In aumento le infezioni da Hiv tra i giovani adolescenti thailandesi. Secondo le statistiche, nel corso del 2002 il tasso di crescita è stato maggiore a quello registrato nell'anno precedente, passando dall'11% al 17%. Sulla base di queste stime le autorità del Paese asiatico hanno deciso di "facilitare l'accesso al preservativo". Il ministero della sanità thailandese comprerà quindi 26 milioni di preservativi per un totale di 534.883 dollari, che saranno distribuiti nel corso dell'anno. Secondo i dati forniti dall'Onu, l'1,3-2% delle thailandesi (di 14-24 anni) è sieropositivo contro lo 0,9-1,3% dei coetanei maschi.

Corsi, un'esperienza da ripetere

DI CARLO BUFFOLI

Si calcola che su 100.000 sieropositivi stimati in Italia, almeno la metà non conosca la propria condizione. Si tratta di un sommerso di proporzioni gigantesche che preoccupa non poco le autorità sanitarie. Per arginare il fenomeno lo scorso anno sono stati mobilitati anche i medici di famiglia. In un migliaio hanno partecipato ai corsi informativi sull'Hiv. Ma per raggiungere l'obiettivo un'iniziativa isolata non basta.

t Trenta corsi in altrettante città italiane, con l'unico obiettivo di aprire gli occhi sul virus dell'Hiv, un'infezione che ha cambiato volto e che oggi veste i panni della più straordinaria normalità, nascondendosi tra persone che un tempo si sarebbero definite 'insospettabili'. Da maggio a luglio circa 1000 medici di medicina generale sono tornati sui banchi per imparare a conoscere, a prevenire e soprattutto a far emergere quell'enorme sommerso di casi che sono la base dell'iceberg conosciuto.

L'iniziativa, promossa dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), dal Gruppo Italiano Terapie Anti Hiv (GITA) e dai maggiori infettivologi italiani, ha riscosso una grande attenzione dal mondo scientifico. Ovidio Brignoli, vice presidente della SIMG, avverte però che un'iniziativa non basta ma serve dare continuità a questi incontri

Dr. Brignoli, a distanza di 6 mesi dalla conclusione di questa prima serie di corsi, quale giudizio si può dare?

Dal punto di vista dell'interesse e della partecipazione dei medici il

risultato è stato straordinariamente positivo, soprattutto se si tiene in considerazione che l'argomento coinvolge i medici in modo limitato. Far emergere dal sommerso un malato di Aids significa cercare circa 50 mila pazienti positivi che non sanno di esserlo. Se consideriamo che in Italia i medici sono 47 mila, siamo quindi di fronte in media ad un solo paziente per medico. In ogni caso credo che da queste iniziative il medico riceva in cambio uno strumento fondamentale di approccio al paziente e di ricerca in un settore che non esprime solo il problema dell'Aids ma che riguarda tutte le malattie a trasmissione sessuale, queste sì molto più frequenti. Naturalmente se andiamo a leggere ciò che succede dopo questi corsi dal punto di vista strettamente numerico il risultato non è così confortante. Certo, i medici coinvolti diventano sensibili ma è vero anche che questi colleghi, rispetto all'universo dei medici, sono come una goccia nel mare. Tutto sommato la ricaduta visibile, palpabile, è poca. Per questo dobbiamo aumentare il numero di medici interessati, altrimenti si

rischia di finire nel tunnel delle operazioni belle, interessanti e professionalmente utili che però, quando vengono pesate, pesano poco.

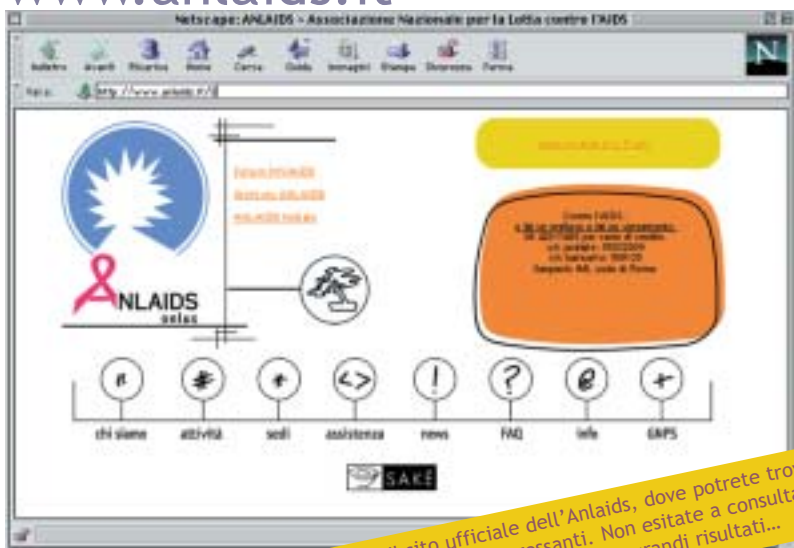
Quali possono essere le soluzioni a questo limite?

Si tratta di studiare progetti che abbiano due diverse caratteristiche: innanzitutto la continuità nel tempo. I mille medici di oggi dovranno diventare 5 mila e poi 10 mila. Alla continuità temporale è legata la costanza dell'informazione e l'allargamento della base dei medici sensibili. Inoltre deve essere studiato un sistema di misurazione degli esiti. È necessario coinvolgere i medici all'interno di eventi misurabili per consentire loro di percepire che ciò che apprendono deve essere poi tradotto in operatività. I medici, inoltre, sono davanti ad un problema antico: esplorare lo stile di vita di una persona è un versante estremamente importante, ma anche molto delicato, che non può prescindere da una corretta preparazione scientifica e umana. Quest'ultima diventa fondamentale nel momento in cui si chiedono informazioni sulla sessualità.

La nuova commissione nazionale Aids

il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha ricostituito per il 2003 la Commissione nazionale per la lotta contro l'Aids. La Commissione, presieduta dallo stesso ministro, risulta composta da: **LUIGI ORTONA**, Ordinario di Malattie Infettive dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, che ha la qualifica di vicepresidente; **FERNANDO AIUTI**, Ordinario di Immunologia Clinica dell'Università di Roma La Sapienza; **ANTONIO BOSCHINI**, Psicologo della Comunità di recupero di San Patrignano; **GIAMPIERO CAROSI**, Direttore della Clinica Malattie Infettive dell'Università di Brescia; - **FERDINANDO DIANZANI**, Ordinario di Virologia Campus Biomedico di Roma; **BARBARA ENSOLI**, Dirigente di ricerca Laboratorio di Virologia dell'Istituto Superiore di Sanità - **ENRICO GARACI**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità; **ROSARIA IARDINO**, Esperta in problematiche delle persone sieropositive; **GIUSEPPE IPPOLITO**, Direttore Scientifico IRCCS Lazzaro Spallanzani di Roma; **ADRIANO LAZZARIN**, Direttore della Divisione Malattie Infettive IRCCS S. Raffaele di Milano; **MAURO MORONI**, Ordinario di Malattie Infettive dell'Università di Milano; **FABRIZIO OLEARI**, Direttore della Direzione generale della prevenzione del Ministero della Salute; **LEONARDO PALOMBI**, Esperto di Organizzazione sanitaria socio territoriale della Comunità di S. Egidio; **GIOVANNI REZZA**, Dirigente di ricerca Responsabile del Centro operativo Aids dell'Istituto Superiore di Sanità; **UMBERTO TIRELLI**, Direttore medico Centro Oncologico di Aviano; **STEFANO VELLA**, Dirigente di ricerca laboratorio di virologia dell'Istituto Superiore di Sanità; **ALBERTO VITO**, Psicologo; **GIOVANNI ZOTTA**, Direttore della Direzione generale della ricerca sanitaria e della vigilanza enti del Ministero della Salute; **FIORENZA D'IPPOLITO**, Dirigente medico di II livello Ministero della Salute, con funzioni anche di segretario. Per l'esame di problematiche specifiche in materia informativo-educativa e di assistenza, la Commissione può prevedere anche la partecipazione di rappresentanti di ministeri competenti per materia, di tre rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato Regioni e di un rappresentante designato dalla Consulta del volontariato per i problemi dell'Aids.

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
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
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 Ghenzer
Domiziana Giordano
Carmela Maietta



Coordinamento
Nazionale
Persone
Sieropositive

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

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