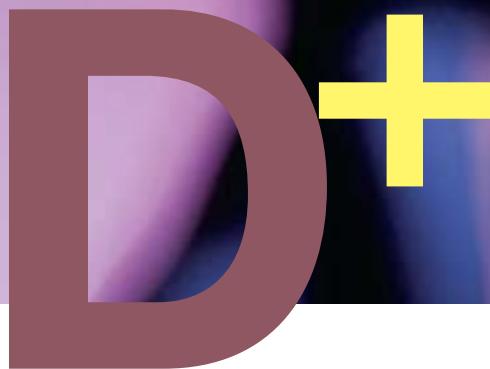


Periodico per le donne

Parliamo



Gruppo Nazionale Persone Sieropositive Anlaids



EDITORIALE

La grande paura

Sono due gli argomenti che vengono trattati in questo numero di Parliamo D+ su cui mi preme soffermare la vostra attenzione. Il primo lo potete trovare in ultima pagina ed è una sorta di appello all'unità che faccio alle altre associazioni dei pazienti. Di fronte ai cambiamenti della sanità e all'emergere di problemi comuni - i prezzi dei farmaci, la regionalizzazione, l'accesso alle terapie, il rapporto medico-paziente-istituzioni, i drg, il rischio di discriminazione legata al territorio (farmaci rimborsabili in alcune Regioni e non in altre) - credo sia fondamentale unire le forze: costituire cioè un fronte compatto di

pazienti che rivendichino diritti uguali per tutti, pur continuando a privilegiare la specificità di ciascuna patologia. Una sorta di federazione che inizi a presentarsi come interlocutore unico nei confronti del Ministero ma anche di Asl, aziende ospedaliere, Regioni, industrie del farmaco.

Il secondo tema riguarda la SARS. Sicuramente negli ultimi due mesi avrete avuto modo di approfondire e di conoscere 'tutto' sulla polmonite atipica che qui da noi, fortunatamente, non sembra al momento destare particolari preoccupazioni. In ogni caso abbiamo deciso di pubblicare un breve vademecum e una serie di indirizzi utili dove è possibile trovare ulteriori informazioni. Alcuni giorni fa sull'emergenza SARS ho letto un illuminante editoriale di Valentino Parlato, firma storica del Manifesto, in cui l'autore propone un'interessante chiave di lettura di ciò che sta accadendo. La storia ci insegna - scrive Parlato - che "le epidemie non sono malattie da circoscrivere nell'ambito medico", bensì "fenomeni anche e soprattutto culturali". Finora la SARS ha fatto meno vittime degli incidenti stradali durante un qualsiasi ponte vacanziero, eppure domina le prime pagine dei giornali. Il motivo? Secondo Parlato è molto semplice: i morti sulla strada al massimo fanno pena o dolore, una malattia infettiva in-

IN QUESTO NUMERO

3 SPECIALE
Non solo Hiv,
le altre malattie
a trasmissione sessuale

10 Una nuova malattia
chiamata SARS

13 La lipodistrofia
nei bambini

15 Donne che sfidano l'Aids

22 Il progetto Esther



vece fa paura. Anzi: "l'epidemia provoca uno scatenamento di paura che può spingerci alla caccia all'untore". Per questo, avverte Parlato "è giusto e opportuno prendere tutte le cautele sanitarie. Ma sarebbe rozzo e primitivo non interrogarsi sulla paura, sulla sua crescita e le sue ragioni". Se ci pensate bene, infatti, è proprio un senso diffuso di insicurezza, di caduta di speranze a dominare il mondo contemporaneo. E la polmonite atipica, ma anche il terrorismo, ne sono un sintomo rivelatore, che i media moltiplicano forse eccessivamente. Valentino Parlato definisce tutto ciò un "surplus di paura" che ha bisogno di "trovare un'espressione". Per esempio attraverso la guerra, che non è più quindi solo voglia di supremazia ma necessità di esorcizzare questa grande angoscia.

Parlando di polmonite atipica, anche il prof. Mauro Moroni fa capire come a volte la giusta preoccupazione rischia di sfociare in un allarme eccessivo. "Il grado di contagiosità della SARS - sostiene Moroni - sembra essere ben diverso e fortemente inferiore rispetto a quello di un virus influenzale, come per esempio quello che causò l'epidemia di spagnola". In ogni caso, aggiunge "noi viviamo in un mondo di microbi e la convivenza non può essere sempre pacifica. Alla fine bisogna prendere atto che i microrganismi non possono essere estinti". Il che non significa arrendersi agli eventi. Nell'intervista che trovate all'interno, la prof. Antonella D'Arminio Monforte spiega come questo faccia parte della storia della medicina. "Quando l'uomo riesce a debellare un'infezione ne compare subito un'altra, magari in un angolo diverso del mondo. I contatti tra le popolazioni, i viaggi, le attività commerciali favoriscono ancora di più la diffusione di eventuali agenti infettivi che una volta restavano confinati in aree geografiche ben definite. Nella lotta tra l'uomo e i virus sono sempre questi ultimi a vincere". Per dirla in poche parole: viviamo i rischi del mondo globalizzato. Volendo vedere avremmo anche i mezzi culturali e scientifici per contrastarli. A mio parere sarebbe però opportuno farlo evitando gli eccessi: i toni apocalittici non hanno mai portato a niente di buono. E in alcuni casi sono addirittura l'anticamera del razzismo.

Rosaria Iardino



Non solo Hiv, le altre malattie a trasmissione sessuale

A CURA DI GINO TOMASINI

nel XIX secolo, con lo sviluppo delle moderne scienze biologiche, furono identificate alcune malattie riconducibili ad agenti eziologici trasmissibili tramite rapporti sessuali, definite Malattie Veneree (MV): sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo, ulcera molle, granuloma inguinale. L'approfondimento delle conoscenze in campo microbiologico e clinico, ha condotto all'emergenza e all'individuazione delle MST di "seconda generazione": *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma spp.*, *Herpesvirus (HSV)1/2*, una notevole varietà di tipi di Papillomavirus umani (HPV) e il virus dell'epatite B (HBV). A completare lo scenario, a partire dal 1980 è comparsa l'epidemia da HIV, responsabile dell'attuale pandemia di AIDS, che riconosce una via di trasmissione sessuale, etero o omosessuale, in oltre l'80% dei casi. Oggi si riconoscono più di 30 malattie classificate come MST e la lista è in costante espansione.

L'epidemiologia

Forse perché ritenute un argomento "vergognoso", di malattie a trasmissione sessuale si parla molto poco, eccezion fatta per l'HIV. Eppure anche le altre MST non vanno trascurate. I dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sono infatti quelli di un'autentica emergenza sanitaria, anche se si esclude appunto l'HIV/AIDS. Secondo l'OMS sarebbero oltre 330 milioni l'anno i nuovi casi. Di questi, 69 milioni si concentrano nell'Africa Sub-sahariana e 151 milioni nel Sud e Sud-Est asiatico. Nel dettaglio:

- 170 milioni di casi di *Trichomonas vaginalis*
- 62 milioni di casi di infezioni da gonococco

- 89 milioni di infezioni da *Chlamydia*
- 12 milioni di casi di sifilide

Fatto ancora più preoccupante è che un terzo dei nuovi casi (111 milioni per l'esattezza) riguarda giovani di età inferiore ai 25 anni.

L'EPATITE B

Il virus HBV si trasmette per via sessuale, parenterale (per es. scambio di siringhe) e verticale (materno-fetale) con una incubazione che varia da 40 a 160 giorni. La maggior parte dei bimbi e fra il 10-50% degli adulti non presenta sintomi, soprattutto in corso di coinfezione con il virus HIV. Il quadro clinico "tipico" è caratterizzato da una **fase prodromica** (sintomi aspecifici come mialgie, astenia e malessere generalizzato e dolore addominale) seguito da una **fase itterica** (ittero misto, epatico e colestatico, associato a feci ipocoliche ed urine ipercromiche, eventualmente epatomegalia, anoressia, nausea, astenia della durata di circa 1-3 settimane). Una situazione che può persistere anche per 12 settimane o più, in una quota minore di pazienti che presentano sintomi di colestasi (prurito ed ittero). La febbre non è caratteristica. Nelle forme croniche, la riacutizzazione può essere del tutto asintomatica e comunque dipende dalla severità e dalla durata dell'infezione e si può associare a segni di

Le malattie a trasmissione sessuale

SPECIALE



infezione cronica che includono epatosplenomegalia, ittero, "spider nevi" e nei casi più gravi, prurito cutaneo, ascite, encefalopatia.

Nella fase acuta, la mortalità è inferiore all'1%. Inoltre il 10-50% delle persone con epatite cronica può sviluppare un quadro di cirrosi con una mortalità pari circa al 50%.

I pazienti devono essere avvisati sulla necessità di avere rapporti sessuali protetti per il rischio di trasmissione dell'infezione, sia nei rapporti oro-genitali, che in quelli oro-anali, sino alla completa guarigione o alla vaccinazione del partner. I bimbi nati da madre con infezione da HBV, vanno vaccinati alla nascita, in combinazione con una somministrazione di immunoglobuline specifiche intramuscolo; ciò porta a ridurre il rischio di trasmissione del 90%. Le madri con infezione da HBV possono continuare ad allattare al seno, senza nessun rischio.

Le complicanze

Le principali complicanze dell'HBV sono:

- Epatite fulminante in meno dell'1% dei casi sintomatici.
- Infezione cronica (durata superiore a 6 mesi) che si verifica nel 5-10% dei casi sintomatici, con un tasso maggiore nei soggetti immunocompromessi. Inoltre più del 90% dei bimbi nati da madre con infezione da HBV (marker HbeAg +) sviluppa nel tempo un'epatite cronica.

LA SIFILIDE

La sifilide acquisita

Secondo la tradizione popolare, la sifilide

venne introdotta in Europa dall'America dai marinai di Cristoforo Colombo e poi diffusa in Italia dai soldati dell'armata di Carlo V. Nel mondo occidentale apparve dunque nel 1490 e per 60 anni presentò caratteristiche epidemiche e maligne; attualmente presenta quadri clinici meno gravi.

La sifilide, il cui agente eziologico è il batterio *treponema pallidum*, può essere trasmessa oltre che per contagio sessuale (sifilide acquisita) anche dalla madre infetta al feto (sifilide congenita). Nella sifilide acquisita l'infezione viene in genere contratta per contagio diretto sessuale con individui infetti: i treponemi si moltiplicano nel punto di ingresso, i germi si possono diffondere ai linfonodi e invadere il torrente circolatorio. La malattia evolve in diversi stadi:

- dopo l'infezione si ha un periodo di incubazione che oscilla fra 10 giorni e 3 mesi;
- nello stadio primario si sviluppa la lesione primaria, un sifiloma iniziale caratterizzato da ulcera con margine duro in cui si rinvencono i treponemi;
- dopo la scomparsa del sifiloma, compare lo stadio secondario caratterizzato dalla diffusione ematogena dei treponemi. Si ha eruzione cutanea generalizzata, e la comparsa, a carico della mucosa orale o genitale, di placche, spesso accompagnate da sintomi generali come febbre modesta e malessere generale;
- lo stadio terziario è molto tardivo e può insorgere dopo un lungo periodo di latenza dal secondario. È caratterizzato dalla comparsa di lesioni granulomatose ad andamento cronico in sede dermica o ipodermica. Nel periodo terziario le manifestazioni di maggior rilievo sono però a carico dell'SNC, con alterazioni degenerative irreparabili della corteccia cerebrale e del midollo spinale.

La sifilide congenita

La sifilide congenita è una grave malattia che colpisce il nato da madre infetta. Esso contrae la malattia attraverso la placenta, dopo il terzo mese di gravidanza; l'infezione può determinare in circa il 50-60% dei casi la rapida morte del feto o la nascita di neonati con una grave malattia che si manifesta con lesioni precoci o tardive.

LA GONORREA

È una malattia venerea causata dall'infezione da parte del batterio *Neisseria gonorrhoeae* o gonococco di Neisser; in medicina viene anche definita "blenorragia" e più volgarmente è conosciuta come "scolo". Quasi sempre l'infezione viene contratta durante il rapporto sessuale. Raramente possono essere veicoli l'acqua del bagno, il vestiario o la biancheria infetta. I batteri entrano nell'organismo attraverso l'uretra, il canale che collega la vescica con l'esterno.

Malgrado non sia grave come la sifilide, la gonorrea, può causare sterilità o artrite. Nel caso di una donna incinta che si è infettata, la malattia può essere trasmessa al neonato al momento del parto, durante il passaggio attraverso la vagina, con probabile infezione degli occhi e conseguente cecità per lesioni corneali. I sintomi della gonorrea si manifestano una settimana circa dopo il contagio; l'uomo sente bruciore durante la minzione e può anche perdere pus dal pene. Nella donna i sintomi appaiono in ritardo o addirittura non comparire. Nel caso vi sia il manifestarsi di sintomi, si presentano con secrezioni purulente dall'uretra, bruciore durante la minzione e dolori nella parte inferiore dell'addome. La gonorrea era molto diffusa negli ultimi decenni, in particolare negli Stati Uniti, dove è diventata la principale malattia batterica, con una stima di circa 3 milioni di casi all'anno. Tra i fattori ritenuti responsabili di questa "epidemia" di gonorrea sono: l'aumento di promiscuità sessuale, i metodi contraccettivi non protettivi, la diminuita sensibilità del gonococco a vari antibiotici e, soprattutto, un vasto serbatoio di persone asintomatiche che inconsapevolmente trasmettono la malattia ai loro partner. Attualmente l'incidenza è in forte diminuzione a causa delle precauzioni adottate dalle popolazioni per evitare il contagio dal virus dell'AIDS.

IL PAPILOMA VIRUS

L'infezione da Papilloma è la malattia sessualmente trasmessa a maggior rischio di cancro dell'utero. Secondo le stime sarebbero quasi mezzo milione le donne che

ogni anno muoiono a causa di questa neoplasia. Ad aumentare le probabilità di contrarre il virus sono un elevato numero di partner, la promiscuità sessuale del compagno, una prima volta troppo precoce. Per questo a preoccupare gli specialisti sono soprattutto i comportamenti sessuali "disinvolti" dei giovani. Secondo uno studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità su 6.532 studenti dei primi 2 anni delle superiori (14-16 anni), quasi 1 su 5 (18%) ha già avuto rapporti sessuali, ma non "brilla" per la conoscenza delle malattie sessualmente trasmesse. Non solo. Le lesioni pretumorali della cervice uterina vengono scoperte, con il Pap-test, in donne sempre più giovani. Ma purtroppo solo la metà delle italiane sessualmente attive si sottopone a esami di prevenzione. Ancora più a rischio le giovani del Nord Europa. Dagli anni '90, in Finlandia, l'incidenza del cancro del collo dell'utero è aumentata del 60% nelle giovani donne.

Le infezioni da HPV sono abitualmente asintomatiche, sia a livello vaginale che cervicale: solo il prurito anale può essere rivelatore della presenza di condilomi perianali. Le forme clinicamente evidenti dell'infezione genitale da HPV sono costituite dai cosiddetti condilomi acuminati (detti volgarmente "creste di gallo"), che non appaiono associati ad evoluzione maligna, localizzati nell'uomo a livello del glande, del prepuzio e della regione ano-perineale, mentre nella donna possono interessare la cervice uterina, la vagina, la vulva, il perineo e l'ano.

Le localizzazioni asintomatiche nella donna (cioè quelle a livello cervicale o vaginale) possono essere evidenti dall'esame colposcopico. A differenza dei precedenti, i condilomi piani, clinicamente asintomatici, pur presentando le medesime localizzazioni, sono invece associati sia ai tipi di HPV considerati "a basso rischio" che "ad alto rischio" di trasformazione neoplastica. Questa tendenza appare aumentare notevolmente nelle donne che presentano alterazioni delle difese immunitarie, in particolare nelle persone positive all'HIV.

HPV IN GRAVIDANZA

Il calo dell'immunità sembra essere la

A volte ritornano: la sifilide

giovanissimi che sanno poco o nulla di malattie a trasmissione sessuale e uomini Hiv positivi, soprattutto omosessuali. Sono in queste due categorie che negli ultimi tre anni si sono nuovamente rivisti focolai di sifilide, malattia che si pensava quasi totalmente scomparsa. L'inversione di tendenza che sta preoccupando non poco gli esperti si è registrata nel 2001. "Fino ad allora, e a partire almeno dal 1991 - spiega il prof. Giampiero Carosi, direttore della Clinica di Malattie Infettive di Brescia - tutti i 30 maggiori centri MST italiani avevano sistematicamente segnalato un progressivo calo delle diagnosi sia di sifilide che di gonorrea. In perfetta sintonia con gli altri Paesi europei (ad eccezione dell'ex Unione Sovietica) e con gli Stati Uniti dove nel '98, vista la bassissima incidenza raggiunta dalla malattia - 2,6 casi ogni 100.000 abitanti - i Center for Disease Control and Prevention avevano addirittura messo a punto un programma per la sua eradicazione definitiva".

Ma proprio quando si pensava di averla relegato nei libri di storia della medicina come un'eredità scomoda dei marinai di Cristoforo Colombo, diffusa in Italia dai soldati dell'armata di Carlo V, la sifilide, originata dal batterio *treponema pallidum*, ha ripreso a colpire. "Nel 2000 - conferma il prof. Aldo Di Carlo, direttore della Struttura Complessa MST-AIDS dell'Istituto Dermosifilopatico S. Gallicano di Roma - qui al San Gallicano erano stati diagnosticati 16 casi. Un anno dopo eravamo già a 40. Il trend in aumento, sovrapponibile alle altre grandi città, si è poi confermato nel 2002 con ben 70 diagnosi". Secondo gli esperti il vero campanello d'allarme emerge però dalla lettura di questi dati. A presentarsi alle strutture sono da un lato ragazzi o ragazzini alle prime esperienze sessuali, che non hanno vissuto le campagne di prevenzione AIDS della fine degli anni Ottanta e non conoscono i rischi dei rapporti non protetti con persone sconosciute. Dall'altro, esponenti della comunità omosessuale, la prima e la più attenta a suo tempo a fare counseling. Un segnale quest'ultimo di ulteriore preoccupazione, che conferma l'ipotesi di come il miglioramento della qualità di vita dovuto alle terapie antiretrovirali abbia avuto come conseguenza negativa un cambiamento dei comportamenti sessuali, anche nelle persone in teoria più informate e attente. "L'aumento dei casi di sifilide infettiva - prosegue Di Carlo - è stato osservato in larga maggioranza in maschi omosessuali: dai 9 del 2000 si è passati a 29 l'anno successivo e a 51 nel 2002. Entrando ancora più nel dettaglio, nel 2001 il 91% degli omosessuali con la confezione HIV-sifilide sapeva di essere sieropositivo e il 75% di questi era già in terapia antiretrovirale prima della diagnosi di MST".

Le malattie a trasmissione sessuale

SPECIALE

principale causa dell'aumento dell'incidenza delle infezioni da HPV in gravidanza. Alcuni studi hanno sottolineato che la prevalenza delle donne con HPV aumenta con il trascorrere dei mesi, passando dall'8% nel primo trimestre al 16,7% nel secondo, al 23,1% nel terzo. Altre ricerche hanno evidenziato la presenza dell'HPV nel basso tratto genitale nel 27,1% delle donne in gravidanza. Queste osservazioni suggeriscono che l'infezione da HPV possa essere facilitata dagli ormoni o da altri aspetti legati alla gestazione. Il taglio cesareo è riservato ai casi di condilomatosi vaginale perché la contaminazione può avvenire durante il passaggio del feto lungo il canale vaginale.

Il Pap-test: Le lesioni condilomatose risultano inoltre associate ad altre MST in circa il 40% dei casi, per cui è opportuno che gli accertamenti diagnostici vengano estesi allo screening delle principali MST, soprattutto sistemiche (HIV, HBV). La diagnosi dell'infezione da HPV, importantissima nella donna proprio per individuare le lesioni pre-cancerose iniziali, trova il suo cardine nell'esecuzione periodica del

Pap-test. La terapia di scelta in queste forme si attua attraverso tecnica laser o crioterapia, riservando la chirurgia tradizionale alle forme di dimensioni maggiori o già evolute verso carcinomi. Il problema della terapia dei condilomi da HPV è la pratica impossibilità di eliminare completamente l'infezione e quindi la frequenza di recidive, qualunque trattamento sia effettuato.

Il vaccino: La sperimentazione clinica di un vaccino contro l'HPV ha ricevuto nuovo impulso dopo che il *New England Journal of Medicine*, una delle più prestigiose riviste mediche, ha pubblicato i risultati preliminari di uno studio sul vaccino contro il sierotipo 16 di HPV, che da solo è responsabile del 60% dei casi di tumore. Il vaccino è stato in grado di proteggere il 100% delle donne vaccinate contro le forme pre-invasive del cancro della cervice e contro l'infezione persistente da papilloma virus. Inoltre ha protetto il 91% delle donne contro l'infezione transitoria di HPV. A marzo si è concluso l'arruolamento di un grande trial internazionale su un vac-

cino che ne rappresenta l'evoluzione: una forma quadrivalente, che oltre ad HPV 16 include anche HPV 18, 11 e 6. La potenziale protezione del vaccino quadrivalente verso il cancro al collo dell'utero supera il 70%, ma soprattutto dovrebbe prevenire oltre il 90% degli episodi di condilomi genitali, la più frequente malattia genitale in Italia.

L'HERPES GENITALE

L'Herpes genitale ha come agente etiologico l'Herpes virus simplex di tipo 2 (HSV-2). Si ritiene comunque che nel 20-30% dei casi tale infezione sia dovuta all'Herpes virus simplex di tipo 1 (HSV-1), normalmente agente responsabile dell'herpes labiale. La gravità dei sintomi locali e sistemici e la durata delle lesioni è simile nelle forme primarie genitali da HSV-1 e in quelle da HSV-2. L'infezione viene contratta, il più delle volte, tra i 18 e i 25 anni, indipendentemente dal sesso o dallo stato socio-economico. La gravità, la durata e la frequenza dei sintomi sono maggiori nelle donne, esposte al rischio di acquisire l'infezione quattro volte più degli uomini.

L'Herpes genitale si trasmette con i rapporti sessuali con persone infette, sintomatiche o no, attraverso la saliva, i fluidi genitali o le lesioni della pelle. Il virus può penetrare attraverso un taglio, un'abrasione, una ulcerazione della pelle o delle mucose.

I sintomi dell'infezione



Prevenire le MST si può

1. Usare sempre il preservativo durante ogni rapporto vaginale o anale.
2. Usare il preservativo durante ogni rapporto oro-genitale (oro-vaginale, oro-penieno, oro-ale).
3. Le donne devono proteggersi con il preservativo anche se utilizzano altri sistemi contraccettivi. La pillola e la spirale, infatti, non eliminano il rischio del contagio, mentre il diaframma, coprendo il collo dell'utero, esercita solo un effetto protettivo parziale: protegge infatti dalle infezioni del tratto genitale superiore, ma non impedisce il contatto con la mucosa vaginale.
4. È fondamentale curare sempre l'igiene intima, tenendo presente che i germi presenti nel retto (ultimo tratto dell'intestino), potrebbero diffondersi in vagina o nell'uretra, facilitando le infezioni genitali come la candidosi, o infezioni delle vie urinarie come la cistite.
5. Informare sempre il proprio partner di una eventuale malattia, ma è altrettanto importante, per propria salvaguardia, non avere timore di chiedergli se a sua volta soffre o ha sofferto in passato di malattie a trasmissione sessuale.
6. Rivolgersi al medico al primo sintomo o, anche in assenza di sintomi, quando si è avuto un rapporto sessuale con un partner che si sospetta possa essere affetto da qualcuna di queste malattie. La cura delle MTS, quando è tempestiva, è facile e non lascia conseguenze.
7. È necessario curare contemporaneamente entrambi i membri di una coppia, altrimenti chi non si è curato trasmetterà di nuovo all'altro la malattia.
8. Evitare rapporti sessuali non protetti nel periodo di trattamento della MST anche in assenza di sintomatologia.
9. Eseguire annualmente uno screening per MST.

variano da individuo a individuo: quando il virus è attivo si manifestano le tipiche lesioni ulcerative della pelle, dolorose e fastidiose. La gravità del primo attacco è variabile: talvolta le lesioni sono associate a malessere, ingrossamento dei linfonodi, stanchezza. Nei casi più gravi le lesioni della pelle durano fino a tre settimane. In un ristretto numero di casi la prima infezione è asintomatica, o sub-clinica: la malattia può restare perciò allo stato latente per mesi prima del manifestarsi dei sintomi, per questo motivo alcuni casi di herpes genitale rimangono ignoti e portano ad un significativo rischio di trasmissione inconsapevole.

Nell'80% dei casi esiste il rischio di recidive, che si verificano secondo meccanismi ancora sconosciuti: è noto però che la fase di latenza è una condizione instabile, influenzata dallo stato immunologico del paziente. Il virus può venire riattivato episodicamente da fattori quali febbre, stress emotivi, esposizione al sole, fase premenstruale, uso di farmaci come corticosteroidi o antiblastici, che determinano la ricomparsa della lesione cutanea nella stessa sede dell'infezione primaria (infezione recidivante). La frequenza con cui compare l'infezione ricorrente può variare da 1 volta al mese a 6/8 volte all'anno. Può essere frequente la riattivazione della replicazione virale anche senza comparsa della recidiva.

L'Herpes genitale in gravidanza

Un problema medico importante è quella dell'Herpes genitale in gravidanza. La trasmissione dell'infezione al feto dipende dall'epoca gestazionale nella quale avviene il contagio virale. Sono due le situazioni critiche per il neonato: quando l'infezione, specialmente al suo esordio sintomatico, avviene prima della ventesima settimana di gestazione; quando la donna gravida ha lesioni in atto. Le modalità di trasmissione possono avvenire attraverso la placenta, durante il parto e nei casi di rottura della placenta. I danni fetali e neonatali sono drammatici, anche se, fortunatamente, in Italia la loro frequenza è molto rara: congiuntiviti, coriorietiniti, cheratiti, localizzazione al sistema nervoso centrale e coinvolgi-

mento degli organi interni con morte del neonato.

LA CHLAMYDIA TRACHOMATIS

La Chlamidia trachomatis è il germe più frequentemente responsabile di MST nei paesi industrializzati. Il batterio, presente nella popolazione sessualmente attiva in una percentuale che varia dal 3 al 5% nelle persone asintomatiche fino al 15-30% nei soggetti affetti da altre MST, è causa del 50% delle uretriti non gonococciche e della maggior parte delle epididimiti dell'uomo con età inferiore ai 35 anni. Nella donna spesso non dà sintomi, ma causa uretriti e cerviciti, oltre che infezioni sistemiche (sindrome di Reiter, periepatite) e un numero elevato e crescente di malattia infiammatoria pelvica, responsabile di molti casi di sterilità. L'infezione nelle donne gravide può inoltre trasmettersi al neonato durante il parto, causando, in particolare, congiuntivite (l'infezione da Chlamidia trachomatis è la prima causa di cecità nei paesi in via di sviluppo), polmonite interstiziale e otite media.

La diagnosi clinica di infezione da Chlamidia trachomatis è estremamente difficile, data la caratteristica scarsità della sintomatologia. Se, infatti, nell'uomo affetto da uretrite si può sospettare un'infezione da Chlamidia in presenza di bruciori a urinare e difficoltà nella minzione, accompagnati da secrezione uretrale scarsa o assente, nella donna l'infezione è generalmente poco sintomatica.

Frequentemente compaiono disturbi solo nelle fasi più avanzate dell'infezione quando vi è un interessamento delle alte vie riproduttive, sotto forma di dolori durante i rapporti sessuali, secrezioni vaginali anomale, perdite di sangue intramestruali e febricola. La diagnosi si avvale di tecniche di laboratorio sofisticate, di tipo sierologico (ricerca di anticorpi anti-chlamydia, raramente utilizzata), colturale, immunostochimico o biotecnologico. Questa malattia oggi rappresenta un problema di sanità pubblica: considerando la potenziale gravità dell'evoluzione clinica e le possibili complicanze tardive, ogni caso di infezione (sintomatica o asintomatica) va trattato farmacologicamente.

Le case chiuse ci sono già ma non



Come è stato sottolineato nell'introduzione di questo speciale, alla base della recrudescenza delle malattie a trasmissione sessuale, oltre all'ignoranza, c'è anche una buona dose di lassismo. Atteggiamento a cui non giova di certo, in prospettiva, un nuovo fenomeno che si sta registrando in una delle sacche più a rischio, il mondo della prostituzione. Nell'ultimo anno e mezzo, circa la metà delle 25.000 donne che si stimava facessero il mestiere è scomparsa dalle strade. Per lo più si tratta di immigra-

Comitato per i diritti delle prostitute.

Cambia il mercato

“La pressione della polizia da un lato e quella degli sfruttatori dall'altro - spiega Covre - non lasciano alle prostitute la possibilità di pensare alla propria salute. Le donne trafficate e vittime di sfruttamento sono sempre nelle mani dei criminali, i quali stanno riorganizzando il mercato al chiuso, dove neanche gli operatori dei progetti di strada riescono per ora ad arrivare...”

Donne sempre più sole

“La legge sull'immigrazione ha mantenuto intatto l'art. 18 che disciplina la lotta al traffico di persone a scopo di sfruttamento sessuale, ma le pratiche repressive troppo pesanti rendono quasi impossibile per le donne coinvolte informarsi sui loro diritti e quindi chiedere di essere aiutate ad entrare in un programma sociale...Negli anni passati per sostenere la legge contro il traffico di persone erano stati destinati 10 miliardi di lire (5 milioni di euro) l'anno. Nel 2003 è previsto un taglio del 50%: questo toglierà la possibilità di proseguire il lavoro di assistenza alle vittime...”

La nuova legge

“Si parla molto di cambiare la legge sulla prostituzione. Pare

I protettori costringono le donne ad esercitare in casa o nei locali in modo da evitare retate e guai con la giustizia.

te clandestine, costrette dai protettori ad esercitare in casa o nei locali, in modo da evitare guai quotidiani con la giustizia. Ragazze che non sono quindi più raggiungibili nemmeno dai progetti di prevenzione, organizzati dall'associazionismo e dal volontariato. Anzi, molte per paura di essere espulse disertano addirittura i servizi sanitari pubblici, malgrado anche la cosiddetta legge Bossi-Fini abbia mantenuto la norma che consente loro di essere curate.

Di questa situazione ne abbiamo parlato con Pia Covre, del

si vedono

che il governo sia orientato a regolamentarla secondo vecchi modelli Ottocenteschi che non riconoscono diritti alle persone che si prostituiscono, né il lavoro di prostituzione. Diciamo subito che la proposta governativa di modifica della normativa è coerente col nuovo modello di controllo sociale applicato da tutte le destre al governo in Europa. Nessun rilievo è attribuito alle condizioni sociali, al contesto nel quale agiscono le persone. Lo spazio della nostra convivenza, l'habitat umano in cui siamo immersi, cessa di essere un contesto sociale determinato, eventualmente da correggere e cambiare, e diventa più semplicemente un mero contesto fisico-spaziale su cui sperimentare un controllo di tipo militare. La nuova strategia è applicata a determinati gruppi, a determinate categorie di persone e si alimenta di un immaginario sociale costruito sulla sicurezza e sul rischio. Ciò che ci colpisce leggendo le nuove disposizioni in materia di prostituzione proposte dal governo è l'assenza di riferimenti alla complessità del fenomeno. Il legislatore parte infatti dal presupposto che le prostitute/i sono un gruppo sociale potenzialmente deviante, i cui comportamenti vanno prevenuti. E anche sulla prevenzione alle malattie sessuali vi

sarebbe una tendenza ai controlli sanitari obbligatori per le prostitute...”.

Gli screening di massa

“Questa proposta si basa sul presupposto che un’opera di screening di massa, rivolta a una parte di popolazione che si espone frequentemente a situazioni di potenziale rischio (in questo caso a pratiche sessuali a pagamento), possa costituire un efficace strumento di prevenzione della diffusione dell’Aids e delle malattie sessuali. Come in passato, ribadiamo le nostre ragioni contro questa ipotesi: l’eventuale obbligatorietà del test (o addirittura l’ipotesi di introduzione del trattamento sanitario obbligatorio) invece che avvicinare le persone che si prostituiscono ai servizi di screening non farà altro che spaventarle e allontanarle, soprattutto a fronte del fatto che chi si prostituisce oggi proviene in maggioranza da Paesi stranieri. Così il test diventerà paradossalmente motivo di fuga, vanificando la possibilità di conoscere, ed eventualmente migliorare, le proprie condizioni di salute...”.

Vie pulite

“La campagna che da alcuni mesi è stata lanciata dal governo attraverso i media si chiama “vie pulite” e da pienamente il senso del disegno

politico che la ispira. Non siamo attualmente in grado di quantificare il danno provocato alla salute delle persone da questa politica, nonostante la legge mantenga il diritto minimo alle cure mediche e alla prevenzione delle malattie infettive anche per gli “irregolari”. Attualmente le donne esitano a rivolgersi ai servizi sanitari e ai centri per immigrati perché, ovviamente, temono le possibili conseguenze; inoltre per gli operatori è sempre più difficile ottenere che i servizi sanitari mettano a disposizione prestazioni e terapie...”.

I “trafficcanti”

“L’insieme di queste strategie porta ad una condizione di vita e di lavoro grave e pericolosissima, senza alcuna distinzione fra le vittime di traffico e le donne autodeterminate: tutte subiranno un degrado della condizione di vita, della salute, del proprio stato psicologico ed economico. Il che non è secondario per chi ha messo in gioco la propria vita in un progetto migratorio che dovrebbe consentirgli di sottrarsi alla povertà e mantenere la famiglia e i figli al paese d’origine. Gli effetti saranno: una minore capacità di sopravvivenza di queste famiglie, peggiori condizioni per chi nonostante tutto abbia l’ardire di voler emigrare, ma certamente maggior lavoro e guadagno per i trafficanti...”.

Una nuova malattia chiamata SARS

«Sieropositivi, state lontani dalle zone a rischio»

i L presidente della Fondazione per la ricerca sull'Aids, Luc Montagnier, ha invitato i pazienti sieropositivi ad evitare le zone colpite dal fenomeno SARS, in quanto il rischio di complicazioni mortali è sensibilmente più alto in questa fascia di popolazione. "SARS è causata da un virus diverso dall'Aids e ha una mortalità relativamente bassa (circa il 4%), ma tale percentuale è destinata ad aumentare su individui che già sono depressi a causa dell'Hiv". Montagnier è un sostenitore dell'isolamento preventivo come metodo per arginare la diffusione del virus. Inoltre, in mancanza di una cura specifica, il suo consiglio è di stimolare il sistema immunitario con anti ossidanti e immuno stimolanti. Il presidente della Fondazione per la ricerca sull'Aids ha inoltre invitato i media a non diffondere il panico, ricordando che l'influenza ha tassi di mortalità più alti se relazionata alle complicanze. Anche per il prof. Mauro Moroni, direttore dell'Istituto Malattie Infettive e Tropicali del Luigi Sacco di Milano, uno dei centri italiani di riferimento per l'epidemia di SARS, a fare più paura della polmonite atipica è la mutazione dei virus dell'influenza. "Il grado di contagiosità della SARS - sostiene infatti Moroni - sembra essere ben diverso e fortemente inferiore rispetto a quello di un virus influenzale, come per esempio il virus che causò l'epidemia di spagnola". A detta di Moroni "già oggi esistono però conoscenze sufficienti per poter dire che, se si intervenisse in modo deciso adottando la massima sorveglianza, questa della SARS è un'epidemia che potrebbe essere stroncata sul nascere. Va comunque sottolineato - aggiunge l'infettivologo - che ci sono ancora parecchi punti interrogativi: non sappiamo, ad esempio, se esistono portatori sani, se esista un'infezione sub clinica. Se così fosse, nel prossimo autunno-inverno ci sarà una ripresa dell' epidemia. Noi viviamo in un mondo di microbi - conclude Moroni - e la convivenza non può essere sempre pacifica. Negli ultimi venti anni abbiamo avuto la malattia del legionario, l'encefalite spongiforme bovina, l'Aids, le epidemie di epatiti, il rischio dell'influenza aviaria, e adesso questo nuovo evento. Bisogna prendere atto che i microrganismi non possono essere estinti".

Un appello a proteggere "con particolari precauzioni i malati immunodepressi" è arrivato anche dal prof. Fernando Aiuti, presidente dell'Anlaids.



Che cos'è

È una malattia infettiva identificata con certezza solo a partire dallo scorso mese di febbraio, dopo la sua comparsa in focolai ad Hanoi, Hong Kong, Singapore, che hanno coinvolto in modo particolare ambienti ospedalieri. A causa della diffusione della SARS tra gli operatori sanitari, il 12 marzo 2003 l'OMS ha lanciato un allarme sulla possibilità che la malattia si trasmettesse in ambito nosocomiale, mentre le prove che potesse esserci un rischio di diffusione internazionale si sono avute pochi giorni dopo (15 marzo).

Che cosa la provoca

Sono sempre maggiori le evidenze della responsabilità nella genesi della SARS di un virus appartenente al genere Coronavirus. Si tratta di un Coronavirus con caratteristiche nuove rispetto agli altri finora conosciuti, da tempo noti come causa di malattie infettive nell'uomo e negli animali. La maggior parte dei comuni raffreddori, ad esempio, sono dovuti proprio a Coronavirus. No-

nostante le caratteristiche nuove di virulenza e patogenicità, il Coronavirus responsabile della SARS presenta le stesse caratteristiche di bassa resistenza nell'ambiente esterno e di alta sensibilità all'azione dei comuni disinfettanti degli altri virus della famiglia. Il sequenziamento del genoma del Coronavirus responsabile della SARS apre la strada alla messa a punto di test diagnostici in grado di evidenziare lo stato di infezione e di confermare la diagnosi di SARS, che al momento è esclusivamente su base clinica e per esclusione di altre cause di polmoniti.

Come si manifesta

Dopo un periodo di incubazione variabile da 2 a 7 giorni, ma che in casi rari potrebbe arrivare anche a 10 giorni, la SARS esordisce generalmente con febbre >38 °C, costantemente elevata, tosse secca; talvolta sono associati brividi e/o altri sintomi quali cefalea, malessere generale, mialgie; quando compaiono questi sintomi di tipo simil-influenzale, alcuni pazienti possono già presentare

lieve sintomatologia respiratoria ma in genere le difficoltà respiratorie si presentano in una fase successiva. La radiografia del torace può essere normale nel periodo prodromico febbrile e anche durante tutto il decorso della malattia; tuttavia nella maggior parte dei pazienti visti finora, si osservano abbastanza precocemente, dopo la comparsa dei sintomi respiratori, infiltrati focali precoci, che progrediscono rapidamente verso infiltrati interstiziali più generalizzati. Le osservazioni sui casi finora segnalati indicano che la malattia evolve verso la guarigione nell'80-90% dei casi, anche senza la necessità di ricorrere a terapie particolari. Nel 5-10% dei casi la malattia assume un andamento più grave e richiede terapie di sostegno impegnative (ossigenoterapia; ventilazione assistita; rianimazione). La letalità della SARS, sulla base dei dati comunicati dall'OMS, è attualmente intorno al 3,9-4%.

Come si trasmette

La SARS viene trasmessa, sulla base delle evidenze fin qui disponibili, a seguito di contatti ravvicinati (faccia a faccia) con persone malate in fase sintomatica, oppure di contatti con oggetti contaminati di recente con secrezioni respiratorie di persone malate. Non esistono prove che il virus possa essere trasmesso da alimenti o da animali; indagini molto approfondite svolte ad Hong Kong non hanno infatti messo in evidenza la presenza del virus in scarafaggi, roditori o altri animali.

Chi è a rischio

La maggior parte dei casi di SARS si è presentata tra i viag-

Un numero verde per saperne di più

Per assicurare una corretta informazione alla popolazione, fin dal 17 marzo 2003 è a disposizione il Numero Verde SARS 800.571.661, attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 9 alle ore 18. Ad oggi gli operatori hanno ricevuto una media di 400 telefonate al giorno, con notevoli oscillazioni a seconda del risalto dato alla SARS sui mezzi di informazione. Nel 97% dei casi il Numero Verde è stato contattato da cittadini, mentre operatori turistici e sanitari rappresentano rispettivamente l'1,5% dei contatti. Le domande più frequenti riguardano: viaggi verso zone affette e relative misure di prevenzione da adottare; viaggi verso zone erroneamente considerate a rischio di SARS; timore di misure quarantenarie al ritorno; generica paura di ammalarsi; modalità di trasmissione della malattia; possibilità di essere infettati tramite contatti con merci o alimenti.

(Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione)

giatori rientrati da zone a rischio.

Per chi vorrebbe viaggiare nelle zone a rischio

Sarebbe opportuno posticipare eventuali viaggi non indispensabili in Cina, Hong Kong e Taiwan. Sono considerate mete "pericolose" anche Hanoi in Vietnam e Singapore. Chi decide di viaggiare in uno di questi posti deve osservare le precauzioni per salvaguardare la propria salute.

Per chi deve viaggiare nelle zone a rischio

Chi deve viaggiare in una zona a rischio dovrebbe lavarsi frequentemente le mani per proteggersi dall'infezione. Si raccomanda, inoltre, di evitare contatti stretti con molte persone. In ogni caso non è necessario l'uso sistematico delle mascherine o di altre attrezzature protettive personali.

Per chi pensa di avere la Sars

Persone che manifestano i sintomi di SARS (febbre più alta di 38.0°C, accompagnata da tosse e/o difficoltà respiratorie) dovrebbero consultare un medico e comunicare eventuali viaggi in paesi a rischio o contatti con persone che abbiano manifestati questi sintomi.

Per i familiari di persone malate:

Esistono raccomandazioni di controllo ad interim per i familiari di pazienti con sospetta SARS. È necessario rivolgersi a un medico specialista e seguire le precauzioni per 10 giorni dopo che i sintomi respiratori e la febbre sono scomparsi.

Fonti: Istituto Superiore di Sanità e Center for Disease Control and Prevention www.cdc.gov

T20... mila dollari per curarsi

Ventimila dollari all'anno per un solo farmaco sono un costo esagerato e inaccettabile, che potrebbe impedire a molte strutture di acquistarne dosi sufficienti per tutti i pazienti, creando in questo modo situazioni di discriminazione non più tollerabili". Rosaria Iardino, coordinatrice del Gruppo Persone Sieropositive dell'Anlaids e segretario nazionale dell'associazione, da voce alla protesta dei tanti pazienti 'resistenti' che stavano aspettando con rinnovata speranza l'arrivo sul mercato del T20, il nuovo inibitore della fusione messo a punto da Roche. "Un prezzo del genere - spiega Iardino - è pari al doppio rispetto all'antiretrovirale più costoso attualmente sul mercato (Norvir* di Abbott, 9.387,22 dollari l'anno). Credo che di fronte a queste cifre anche Paesi relativamente ricchi avranno grosse difficoltà a rispondere alle richieste dei malati".

Preoccupato per quanto potrebbe accadere è anche Mauro Guarinieri, neo presidente dell'European Aids treatment group (Eatg). "Il prezzo annunciato dalla Roche - dice Guarinieri - conferma le paure che molti di noi avevano, e cioè che il costo del T-20 sarebbe stato anche maggiore di quanto osassimo immaginare. A questo punto ci chiediamo se i nostri sistemi sanitari saranno in grado di permetterselo".

Nel frattempo una coalizione internazionale di associazioni di pazienti ha lanciato una campagna di pressione su Roche per abbassare il prezzo del T20. In una lettera inviata al presidente della multinazionale svizzera viene sottolineato che "20.000 dollari è una cifra fuori dalla portata non solo dei sieropositivi americani, ma anche dei programmi di cura". E qualora non venisse rivista al ribasso - dicono gli attivisti - si può prevedere una bancarotta dell'intera assistenza.

Gli inibitori della fusione

Il T20 è il primo di una nuova famiglia di molecole denominate "inibitori della fusione", che agiscono impedendo all'Hiv di penetrare nelle cellule sane. Il medicinale, commercializzato dalla multinazionale Roche con il nome di Fuzeon*, ha ricevuto l'ok dall'FDA per essere utilizzato in combinazione con gli altri farmaci attualmente prescritti per adulti e bambini a partire dai sei anni. Parere favorevole al T20 è stato dato anche dal Comitato delle specialità farmaceutiche dell'Emea. Entro giugno è atteso il via libera all'omologazione del nuovo preparato da parte della commissione di Bruxelles.

La lipodistrofia nei bambini

ALESSANDRA VIGANÒ
Responsabile Struttura
Semplice Infettivologia
Pediatrica
Ospedale L. Sacco Milano

L'impiego di una terapia antiretrovirale tripla (HAART) ha inciso favorevolmente sulla morbilità e mortalità dell'infezione da HIV pediatrica: i dati del Registro Italiano per l'infezione da HIV in pediatria relativa all'anno 2002 indicano infatti che il 57% dei bambini ha oggi raggiunto l'età di 14,5 anni. Tuttavia l'impiego della HAART si è associato alla comparsa di alterazioni della composizione corporea, definite come lipodistrofia, e di alterazioni metaboliche. La lipo-

ta segnalata per la prima volta nel paziente pediatrico nel 1999: uno studio condotto tramite la valutazione di un questionario aveva individuato 28 casi di lipodistrofia in 2.713 bambini esaminati e indicato una prevalenza della sindrome pari all'1%. Uno studio più recente (2002) condotto in 23 centri pediatrici europei ha individuato 106 casi di lipodistrofia su 374 bambini esaminati e indicato una prevalenza del 23%. Dei 106 casi osservati il 23% presentava segni clinici di lipodistrofia periferica, il

centrale. Nello stesso studio è stata valutata la frequenza delle alterazioni metaboliche: una dislipidemia (aumento del colesterolo e/o trigliceridi) è stata riscontrata nel 37% (101/270) dei bambini e spesso (42%) era anche associata alla presenza di segni clinici di lipodistrofia.

Questi dati indicano quindi che la comparsa di lipodistrofia è frequente anche nel paziente pediatrico: segni clinici suggestivi sono infatti riscontrabili in circa un terzo dei bambini in terapia HAART; un numero rilevante di pazienti presenta dislipidemia. La diagnosi di lipodistrofia si avvale della valutazione di segni clinici e può essere meglio definita con l'impiego di metodiche atte a valutare la composizione corporea. L'assorbimetria a doppia energia di raggi x (DXA) è una metodica che comporta una minima esposizione ai raggi x ed è assolutamente innocua per il bambino: essa permette di definire la quantità di massa magra e massa grassa totale del corpo e la sua distribuzione regionale (arti, tronco). La risonanza magnetica a livello di L4 (MRI) è una metodica innocua per il bambino che permette di valutare la quantità di grasso intraaddominale. L'impiego di queste due metodiche appare particolarmente importante in pediatria, sia

“Per bambini e adolescenti affetti da lipodistrofia è necessario un adeguato supporto psicologico, perché possano continuare a crescere mantenendo la speranza di una vita futura uguale ai loro coetanei”.

distrofia è caratterizzata da segni clinici di lipodistrofia periferica e lipodistrofia centrale. La lipodistrofia periferica si presenta come incavamento delle guance, assottigliamento delle braccia e delle gambe, appiattimento delle natiche con perdita del loro profilo. La lipodistrofia centrale si presenta come: accumulo di grasso all'addome, accumulo di grasso al collo (gobba di bufalo), aumento del seno, comparsa di lipomi.

La lipodistrofia è sta-

37% segni clinici di lipodistrofia centrale e il 41% segni clinici di lipodistrofia combinata. Lo studio ha esaminato anche alcuni fattori di rischio per lo sviluppo di lipodistrofia ed ha evidenziato un rischio 2 volte maggiore nel sesso femminile rispetto al sesso maschile, 2,7 volte maggiore nel bambino con AIDS rispetto al bambino in fase lievemente o moderatamente sintomatica di malattia; inoltre l'uso di HAART comporta un rischio 3,3 volte superiore rispetto all'impiego di una terapia duplice e un'età superiore ai 12 anni era più frequentemente associata allo sviluppo di obesità



per l'accurata determinazione dei cambiamenti della composizione corporea, sia per l'evidenziazione di forme non clinicamente evidenti. Inoltre, la valutazione della composizione corporea presenta delle peculiari difficoltà in un bambino in crescita; a titolo di esempio ricordiamo che rientra nella fisiologia avere "un po' di pancetta" nel bambino sotto i 5 anni e che la femmina presenta più grasso al tronco rispetto al maschio alla pubertà. L'impiego di questi 2 approcci diagnostici, in uno studio caso-controllo (bambini HIV-infetti appaiati a bambini sani con le stesse caratteristiche antropometriche), ha evidenziato significative differenze nella composizione corporea. I bambini con infezione da HIV presentavano meno massa grassa agli arti e più massa grassa al tronco e queste alterazioni erano presenti anche in assenza di segni

clinici di lipodistrofia. La presenza di una diagnosi clinica di lipodistrofia era associata all'aumento del grasso intra-addominale.

Recentemente, uno studio longitudinale ha evidenziato che dopo circa 3 anni di un regime HAART includente un inibitore delle proteasi, il 70% dei bambini e adolescenti valutati presentava con l'esame DXA segni di lipodistrofia e questa percentuale saliva all'84% dopo un ulteriore anno di esposizione allo stesso regime terapeutico.

Per quanto riguarda il grasso intraddominale, una rilevante quantità è stata riscontrata mediante la MRI rispettivamente nel 33% e 35% dei pazienti. Dall'insieme dei dati sovraesposti è evidente che la lipodistrofia nei bambini è dunque un fenomeno frequente, precoce e progressivo con l'aumento della durata della terapia HAART. Le conseguen-

ze dei cambiamenti della composizione corporea e delle alterazioni metaboliche sono sia di ordine clinico che psicologico. Si ritiene che queste alterazioni possano indurre una accelerata arteriosclerosi con un maggior rischio di coronaropatie, ictus e complicanze vascolari periferiche. Queste complicanze sono di una significativa gravità clinica ed estremamente importanti nel bambino se si tiene conto della superiore aspettativa di vita rispetto all'adulto. Dal punto di vista psicologico i segni clinici di lipodistrofia possono accentuare la sensazione di diversità e di malattia, in particolare modo se si presentano nel periodo delicato dell'adolescenza. Inoltre, specialmente nell'adolescente possono compromettere l'aderenza terapeutica già problematica per la necessità di assumere un numero elevato di compresse e di porre attenzione

all'eventuale interferenza con i pasti o all'assunzione di una elevata quantità di liquidi. Sebbene l'eziologia della lipodistrofia non sia definitivamente chiarita, dati preliminari ottenuti nel paziente adulto sembrano indicare alcune possibili strategie di intervento (cambiamenti dei farmaci antiretrovirali, impiego di farmaci che aumentano la sensibilità all'insulina, impiego dell'ormone dell'accrescimento (GH), interventi di chirurgia estetica. Per il momento non esistono dati pediatrici al riguardo, è comunque evidente l'importanza di una tempestiva valutazione nell'ambito di studi controllati. Allo stesso tempo è opportuno prevedere un adeguato supporto psicologico di bambini e adolescenti affetti da lipodistrofia perché possano continuare a crescere mantenendo la speranza di una vita futura uguale a quella dei loro coetanei.



Donne che sfidano l'Aids, Antonella D'Arminio Monforte

DI SABRINA SMERRIERI

C'è una branca della medicina sempre più al femminile, l'infettivologia. Lo studio di virus e batteri e delle malattie che questi agenti provocano vede un numero sempre più rilevante di donne in prima linea, sia per quanto riguarda la ricerca che l'assistenza.

Una tra le più note a livello internazionale è Antonella D'Arminio Monforte, professore associato di malattie infettive, che all'ospedale Sacco di Milano coordina tutte le sperimentazioni cliniche sui farmaci antiretrovirali.

Quarantenne anni, due figli di 20 e 17 anni, da anni si occupa di Aids ed è la coordinatrice del progetto Icona, (Italian Cohort of Naive Antiretroviral patients) - una coorte di 5.014 persone sieropositive, di cui 3.507 di maschi (69,9%) e 1.507 femmine (30,1%), raccolte su tutto il territorio nazionale da 67 Centri Clinici, coordinati da sei Università italiane. Il progetto, frutto dell'intera infettivologia italiana, iniziato nel 1997 per concludersi nel 2007, è ritenuto a livello mondiale uno dei più importanti e determinanti per combattere l'infezione.

Prof. D'Arminio Monforte, il binomio donna e Aids è sempre più attuale.

Perché?

Perché le donne che si occupano di Aids in Italia sono molte, come sempre più numerose sono le giovani che scelgono di laurearsi in medicina. Oggi questo titolo di studio non è più così "prestigioso": a fare il medico non ci si arricchisce. Ma a parte questa considerazione, vedo un generale aumento delle donne che si dedicano all'infettivologia, mentre sono sempre poche, per esempio, le chirurghe. Le giovani infettivologhe scelgono questa specializzazione tenendo presente anche la situazione del terzo mondo: non escludono nel loro futuro professionale attività di assistenza - magari in collaborazione con le

Ong - nei paesi in via di sviluppo. Non solo nel campo dell'Aids ma anche nella lotta a tutte le malattie infettive che minacciano ogni giorno la salute delle donne che vivono in paesi poveri.

C'è anche l'altra faccia della medaglia: sono sempre più numerose le donne che si ammalano...

Il contagio eterosessuale è in aumento, in particolare sono sempre più frequenti in Italia i casi di donne contagiate dal partner abituale. E si può dire che siano doppiamente colpite dall'Aids: perché subiscono le conseguenze sia fisiche che psicologiche di un'infezione acquisita all'esterno della coppia, proiettata all'interno, con tutte le problematiche che comporta. Un articolo uscito sulla rivista "Aids" sottolinea come l'86% dei nuovi casi in Olanda si verifica in coppie stabili. Al nostro centro arrivano pazienti che hanno già sintomi e quindi la comunicazione della diagnosi è già stata fatta. Ma il primo colloquio, quello necessario a comunicare la sieropositività a persone che non se l'aspettano, è decisamente drammatico.

C'è differenza di approccio al paziente se il medico è uomo o donna?

A mio parere capita spesso che le dottoresse dimostrino una maggiore sensibilità soprattutto quando hanno a che fare con donne che hanno contratto l'infezione dal partner. È una situazione delicata e complessa, evidenziata dai risultati del progetto Icona, questa sorta di grande "fotografia" dell'infezione da Hiv in Italia. La maggioranza delle donne ha acquisito il virus inconsapevolmente in seguito a rapporti sessuali con il partner stabile, marito o compagno. Al contrario l'uomo si infetta in genere attraverso rapporti occasionali. Ma tra le colpite dall'Aids esiste anche una percentuale che pur sapendo che il proprio partner è sieropositivo, ac-



cetta di avere rapporti non protetti. E si ammala.

Perché lo fanno?

Difficile dirlo. Forse per un gesto di "estremo amore", per ignoranza, o per dipendenza dai valori maschili: una sorta di suditanza nel rapporto con il proprio uomo. In ogni caso, non sappiamo in quale percentuale queste situazioni incidano. Sta di fatto che i comportamenti maschili a rischio vengono ancora largamente sottovalutati e vi è grande incoscienza sulla gravità delle conseguenze dell'infezione.

Com'è oggi la situazione italiana nel campo della prevenzione?

A mio avviso c'è una mancanza di informazione sull'argomento Aids e la responsabilità di questo non è del singolo ma della comunità che non se ne occupa. Nel nostro Paese non c'è stato un grande impegno nelle campagne di prevenzione, mai particolarmente incisive. E oggi questo impegno è diventato ancora più debole: sui media si parla poco di Aids, della possibilità di evitare il contagio, della prevenzione co-

Amsterdam, nelle coppie stabili l'86% delle nuove infezioni

Uno studio pubblicato su "AIDS" e sponsorizzato dal Dutch AIDS Fund mostra come l'86% delle nuove infezioni da Hiv che riguardano la popolazione gay di Amsterdam avvenga sostanzialmente all'interno di coppie stabili. Sul perché si possono fare diverse ipotesi. Innanzitutto è molto difficile tenere alta la guardia su un lungo periodo (l'Aids è stato isolato ormai nel lontano 1983). La stessa percezione della malattia è cambiata con l'arrivo delle nuove acquisizioni terapeutiche. Molte coppie, benché discordanti e coscienti del proprio status sierologico, scelgono di non usare comunque il preservativo (la pratica si chiama Barebacking). Altra idea che si è rafforzata con il tempo è che l'uso del preservativo costituisce una scelta, indipendentemente dal proprio stato. Per questo - dicono gli esperti - è importantissima una maggiore responsabilizzazione della sessualità da parte di tutti. Perché l'uso del preservativo non deve essere dipendente dalla conoscenza o meno dello stato sierologico dell'altro

Fonte: www.noi.it.

me unica arma efficace. D'altra parte si parla di più dei progressi nelle terapie disponibili.

Che ricadute ha questo "cambiamento" delle notizie sui media?

Può provocare un pericoloso abbassamento della guardia. Alcuni pensano che le cure attualmente disponibili consentano di proteggersi dalla malattia: un concetto profondamente sbagliato. Anche se ci sono stati grandi progressi nella messa a punto di antiretrovirali per tenere sotto controllo le manifestazioni cliniche dell'Aids, la tossicità dei farmaci non rende possibile considerare un sieropositivo alla stregua di un qualsiasi altro malato cronico, come un iperteso o un diabetico. L'impatto nella vita quotidiana è comunque pesante.

Parla del suo lavoro con i figli?

Sì, spesso: cerco di educarli alla prevenzione, di far capire loro che utilizzare il profilattico è un atto di civiltà sia nei confronti di se stessi che del partner. Sono andata a parlare di Aids nella loro scuola: ho incontrato giovani liceali, che certo non rappresentano, come tipologia, tutti i ragazzi italiani ma un'élite. Li ho trovati informati e incuriositi, anche se un po' intimiditi - soprattutto le ragazze - nel richiedere al partner di utilizzare il profilattico. Questo significa che a parità di informazione, i maschi ancora una volta la fanno da padrone. Insomma, se in genera-

le la consapevolezza della necessità del profilattico è abbastanza diffusa, in Italia resta una situazione a macchia di leopardo. Credo sia aumentata solo in alcune fasce, ma nel complesso siamo ancora mol-

to indietro. E penso ai piccoli centri, in particolare nel sud. Anche l'atteggiamento della Chiesa cattolica non aiuta certo, dal momento che continua a condannare le pratiche per il sesso sicuro.

Qual è secondo lei il futuro dell'infettivologia, Aids a parte?

In questi ultimi tempi si è parlato moltissimo di polmonite atipica. Non c'è però solo la Sars: nel mondo le nuove emergenze continuano. È recentissima la scoperta di un nuovo enterovirus che provoca encefalite nei bambini. Ma questo non è un sintomo di impotenza della scienza, non dimentichiamo quello che la storia della medicina insegna: quando l'uomo riesce a debellare un'infezione ne compare un'altra, magari in un angolo diverso del mondo. I contatti tra le popolazioni, i viaggi, le attività commerciali favoriscono ancora di più la diffusione di eventuali agenti infettivi che una volta restavano confinati in aree geografiche ben definite. Fa parte dell'esistenza: nella lotta tra l'uomo e gli agenti infettivi sono sempre i virus a vincere.

I.CO.N.A. "Italian Cohort of Naive Antiretroviral patients"

È una coorte di oltre 5.000 persone Hiv-positive, arruolate tra il 1° aprile 1997 e il 31 marzo 1999 e successivamente dal 1° gennaio 2000 al 31 marzo 2001 da parte di 68 Centri Clinici, coordinati da 6 Università italiane. Gli arruolamenti sono stati riaperti il 1° gennaio 2002 per permettere un continuo monitoraggio delle nuove infezioni da HIV in Italia.

Il periodo di osservazione è previsto in 10 anni. I pazienti arruolati rispondevano a un unico criterio di inclusione: non avere mai assunto in precedenza farmaci antiretrovirali.

I dati epidemiologici, clinici, biologici, sono raccolti ed elaborati in modo da garantire la massima riservatezza: il Regolamento del progetto è stato infatti sottoposto al Garante della Privacy e le persone arruolate sono invitate a leggere e sottoscrivere il Consenso Informato. Le persone sieropositive arruolate in I.CO.N.A. non subiscono inoltre alcun condizionamento nelle scelte terapeutiche, che restano interamente affidate ai medici del Centro.

Sintetizzando, possiamo dire che il progetto I.CO.N.A. consiste in un'ampia coorte di persone sieropositive mai trattate in precedenza, il cui obiettivo non è solo quello di fornire dati epidemiologici, clinici, biologici, di efficacia e tollerabilità dei farmaci, ma portare alla luce anche gli aspetti legati al vissuto della persona sieropositiva e all'ambiente con il quale interagisce

Per la numerosità della casistica, il criterio di arruolamento, il lungo tempo di osservazione previsto, il progetto I.CO.N.A. è unico al mondo.

I.CO.N.A., infine, è un esempio di proficua e trasparente collaborazione tra Università, Aziende Ospedaliere e Glaxo Smithkline ed è una chiara testimonianza delle potenzialità della Ricerca Italiana.



La campagna Stop Aids non piace ai vescovi: il governo svizzero la ritira

La campagna Stop Aids 2003 è stata censurata: su richiesta della Conferenza dei vescovi svizzeri, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha infatti ritirato i manifesti in tedesco con gli slogan "Buon giorno, signor parroco, se a Roma non piace che lei parli di contraccezione, parli di preservativi" e quelli in francese con: "Roma ha messo il preservativo all'indice, noi vi raccomandiamo di metterlo altrove". I vescovi svizzeri rimproveravano alla Confederazione di usare in modo distorto importanti valori cristiani e di ridicolizzare la Chiesa cattolica. Avevano perciò fermamente sollecitato il ritiro dei manifesti in questione, che avrebbero dovuto essere affissi proprio nelle vicinanze dei luoghi di culto, e auspicato di essere consultati in futuro su campagne di questo tipo.



news

In America test per tutti, in particolare per le donne incinte

In America i programmi di prevenzione della diffusione dell'Aids non stanno funzionando: il tasso di nuovi contagi è ancora troppo alto e allora il direttore dei Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie di Atlanta, Julie Gerberding, ha dato il via libera al test per tutti. Il piano per lo "screening" di massa, che resterà comunque volontario, mira ad abbassare il numero delle infezioni, che negli Usa sono ancora 40.000 l'anno. Gerberding ha invitato i medici a sottoporre ai test tutti i pazienti che abbiano avuto molti partner sessuali, i gay, i tossicodipendenti e le donne che hanno avuto relazioni intime con uomini a rischio. Particolare attenzione verrà riservata alle donne incinta: d'ora in avanti, a meno di precisi dinieghi, le signore in attesa verranno sottoposte all'esame di routine, così come i neonati. Sinora i Cdc avevano raccomandato il test solo per i pazienti ricoverati in cliniche specializzate nel trattamento di malattie a trasmissione sessuale o negli ospedali con molti casi di Aids. Ma Gerberding è stata damantina: "È inaccettabile che a 22 anni dallo scoppio dell'epidemia ci siano 200.000 persone infette che neppure lo sanno". A far scattare l'allarme è stata anche la recente esplosione di nuovi casi di sifilide tra i gay americani.

Mai più in carcere

[Niente più carcere per i malati di Aids. A ribadirlo è la Corte di Cassazione che ha stabilito che i malati di Aids nella forma conclamata, indagati per aver commesso un reato, devono essere mandati in carcere "solo in casi estremi, quando la loro pericolosità è tale da mettere a rischio la collettività e vi sono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza". Anche in questo caso, comunque, i giudici devono verificare che la prigione sia dotata di strutture sanitarie adeguate.](#)

Gatti, la fortuna di essere neri

La notizia è clamorosa e rischia di modificare la mappa delle superstizioni. Contrariamente a quanto si è sempre creduto, i gatti neri non portano sfortuna, anzi sono decisivi nella lotta ad alcune malattie pressoché incurabili, come l'Aids. Lo ha scoperto un gruppo di scienziati americani dell'università del Maryland, diretto da Stephen O'Brien e da Eduardo Eizirik, studiando le mutazioni genetiche che conferiscono il mantello nero a diverse specie di gatti. Alcune di queste mutazioni si trovano infatti nei geni che, negli umani, sono legati a patologie come l'infezione da Hiv. Stephen O'Brien, Eduardo Eizirik e altri colleghi hanno esaminato il Dna dei felini neri non per pura curiosità ma perché convinti che spesso questi geni conferiscono all'animale maggiori protezioni contro le malattie. Altrimenti, spiegano gli scienziati, un'animale con una colorazione insolita rispetto alla sua specie non sopravviverebbe. Il team ha notato che un gene chiamato MC1R quando è presente nel DNA dei giaguari conferisce loro la colorazione nera. Se invece lo stesso gene è nel DNA di un uomo a volte dà una capigliatura rossa. L'MC1R si trova in un gruppo di geni che potrebbero aver dato ai felini una maggiore resistenza alle patologie che attaccano il sistema immunitario. Secondo gli scienziati la colorazione nera potrebbe essere solo un aspetto secondario di questa mutazione. Il passo successivo delle ricerche consisterà nell'individuare qualunque possibile vantaggio possano offrire questi tipi di mutazioni. O'Brien è convinto che "riuscendo a capire come facciano alcune specie selvatiche a sviluppare una maggiore resistenza genetica alle malattie, si potrebbero scoprire nuove difese genetiche anche per l'uomo".

NEL MONDO

L'altra faccia dei Caraibi

A CURA DI VIVIANA COLOMBASSI

anche se sono stati fatti molti passi avanti nell'accesso alle cure in Paesi come Brasile, Costa Rica, Uruguay, nella stessa Cuba, in America Latina e nei Caraibi continuano ad esistere importanti lacune nell'organizzare efficaci interventi di prevenzione. L'ha sostenuto Peter Piot, direttore esecutivo del Programma delle Nazioni Unite sull'Hiv/Aids dell'Unaid al secondo forum sull'infezione che si è tenuto all'Havana dal 9 al 12 aprile scorsi. "Il problema principale - ha detto Piot - è che le risorse stanziare sono insufficienti, soprattutto a causa dello stigma che circonda i gruppi più marginali". Una situazione ulteriormente peggiorata dalle crisi economiche e politiche di molti paesi latino americani, che rischiano di far deragliare i programmi di prevenzione ed il rifornimento di farmaci. "L'urgenza, al momento - ha quindi aggiunto Piot - è di evitare che l'epidemia si diffonda tra le popolazioni emarginate, compresi gli omosessuali, le prostitute, coloro che fanno uso di droga, i prigionieri, i lavoratori migranti poveri e le minoranze etniche". Per farlo, sempre secondo l'esponente dell'Unaid, è però necessaria "una leadership forte e una società civile pienamente impegnata nella lotta all'infezione". Solo attraverso il contributo congiunto delle istituzioni e dei cittadini sarà possibile garantire l'accesso ai trattamenti antiretrovirali, che oggi raggiungono poco più della metà delle 370.000 persone sieropositive. Così come la gestione dei contributi forniti dalla Banca Mondiale, che ha stanziato per l'area caraibica 155 milioni di dollari per finanziare il progetto di prevenzione e di controllo Multi-Paese dell'Hiv/Aids e 325 milioni per il fondo monetario globale contro Aids, tubercolosi e malaria. "Ora - ha proseguito Piot - la sfida è di portare avanti questi progetti e controllare che i governi spendano i soldi in modo efficace ed efficiente".

Il congresso è stato organizzato dal Gruppo tecnico orizzontale di cooperazione, una rete di coordinatori nazionali del programma per l'Aids della regione. Con una prevalenza di Hiv nell'adulto del 2,3%, i Caraibi sono la seconda regione più colpita dopo l'Africa sub-Sahariana, attestata al 9%. In totale, in America latina e nei Caraibi le persone sieropositive sono circa 2 milioni.



il 50% dei 42 milioni di sieropositivi che vivono oggi nel mondo è rappresentato da donne. Solo nell'Africa sub sahariana sono 17 milioni, addirittura il 58% del totale. La "parità" è stata raggiunta per la prima volta alla fine dello scorso anno.

Una "parità" non voluta

"Malgrado questa crescita paurosa del contagio - afferma Bertil Lindblad, direttore dell'Unaid a New York - le donne continuano a

rappresentare il fanalino di coda nella catena del trattamento. Prive della ben che minima informazione, senza alcun reddito o proprietà, non hanno la forza per negoziare la loro sicurezza sessuale. Le ragazze - spiega Lindblad - si prostituiscono con gli uomini più vecchi non perché pensano sia più sicuro, ma per pagarsi gli studi. Le

Russia, fondi dalla Banca Mondiale

Secondo quanto riporta l'agenzia russa Interfax, il responsabile del centro di trattamento e prevenzione dell'Aids del ministero di Sanità, Vadim Pokrovskij, avrebbe ammesso che nell'ex Unione Sovietica vivrebbero dai 700.000 al milione e mezzo di sieropositivi. Una cifra ben maggiore dei 235.000 casi di Hiv registrati ufficialmente. Pokrovskij avrebbe anche tracciato una mappa del contagio: le regioni più colpite sarebbero gli Urali e la Siberia. "In quelle zone - avrebbe detto Pokrovskij ad Interfax - l'1% della popolazione delle città è affetta dal virus". Più alta, invece, la percentuale nelle prigioni, dove i sieropositivi sarebbero tra il 3 e il 4%, circa 37.000.

Numeri che danno il senso dell'emergenza Hiv nell'Est Europa e che hanno spinto la Banca mondiale ad approvare un prestito di 150 milioni di dollari a favore della Federazione russa per un progetto di controllo sia dell'Aids che della tubercolosi. Il prestito sosterrà il programma federale di prevenzione e controllo delle malattie sociali per il quinquennio 2002-2006. Il progetto è suddiviso in 2 grandi aree e si prefigge di controllare la tubercolosi attraverso il miglioramento della sorveglianza e della gestione della malattia e di circoscrivere l'epidemia di Aids con la messa a punto di campagne pubbliche di informazione, lo studio dei modelli comportamentali relativi alla diffusione del virus, l'uso controllato degli antiretrovirali, il sostegno allo studio di vaccini. Il costo complessivo dell'intervento è di 286,18 milioni di dollari e sarà finanziato, oltre che dal prestito della Banca Mondiale, dalla stessa Federazione russa (134,11 milioni) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2,07 milioni).

Potere alle donne

Quando le donne giocano un ruolo centrale nello sviluppo, i benefici sono immediatamente evidenti: le famiglie sono più sane e alimentate meglio; aumentano redditi e risparmi; si crea un ambiente sano. Se invece viene loro impedito di svolgere questo compito, intere società cadono in frantumi (...). La vulnerabilità delle donne è dovuta a fattori biologici, culturali, alla loro condizione sociale ed economica. Sono costrette ad affrontare violenze domestiche a volte aggravate dal conflitto o dall'insicurezza; quando l'Aids "entra" in famiglia, le ragazze sono le prime ad essere ritirate dalla scuola e mandate a lavorare. Le donne non hanno il potere e l'indipendenza economica per negoziare la loro sicurezza sessuale. Lo stigma e la discriminazione associati all'Hiv amplificano le loro paure di "sentirsi sotto esame" e le spingono a non curarsi (...). Dare potere alle donne è importante. Dove hanno partecipato alla decisioni e alla gestione dei servizi medico-sanitari, gli interventi contro l'infezione hanno funzionato. Quando le ragazze sono istruite e non sono costrette a lasciare la scuola sono più capaci di proteggersi dal virus. Le donne hanno dimostrato grande coraggio nell'affrontare l'epidemia. Hanno praticato il sesso sicuro quando era pericoloso farlo; spinto con successo riforme legali che proteggono i loro diritti; fornito costantemente le cure. Ovunque le donne hanno generato speranza con le loro azioni.

PETER PIOT
Presidente esecutivo Programma
Hiv/Aids dell'Unaids



prostitute che non usano il preservativo non lo fanno per sprezzo del pericolo, ma perché vengono pagate cinque volte tanto. Le mamme che allattano i figli sanno benissimo a cosa vanno incontro. Non farlo significherebbe però esporsi a dure condanne e comunque non potrebbero permettersi di usare sostituti del latte. A queste donne non basta un consiglio: hanno bisogno di risorse, di formazione, di poter lavorare, di opzioni reali per vivere sicure e produttive in un mondo con l'Aids". Il legame fra disuguaglianze e Aids ha rappresentato il cuore della 47ª Commissione sullo Stato delle donne, tenutasi in primavera negli Usa. Si è parlato di diritti umani delle donne e della priorità di eliminare qualsiasi forma di violenza nei loro confronti. "In tutto il mondo - continua il presidente dell'Unaids di New York - le donne che subiscono abusi fisici da parte dei loro partner sono tra il 10 e il 50%. E visto che non c'è limite al peggio, le intimidazioni a cui sono spesso costrette, la paura della discriminazione o dell'ostracismo le tengono lontane dalle cure, favorendo l'espandersi dell'infezione. Per milioni di

donne l'unico "fattore di rischio" è avere rapporti con il marito. In Asia, per esempio, più del 90% di quelle trattate per una malattia sessualmente trasmissibile ha ammesso di aver fatto sesso solo con il partner. E di queste, il 14%, è stata infettata dal virus dell'Aids".

Anche le guerre minacciano la vulnerabilità delle donne. Il disintegrarsi del sistema sociale, la mancanza di accesso alle cure e ai servizi di educazione, l'aumento dei livelli di violenze sessuali, significano una maggiore possibilità di contrarre l'Hiv. "Vincere le disuguaglianze che guidano l'epidemia globale di Aids - conclude Bertil Lindblad - richiede quindi azioni mirate su molti fronti. Segnali promettenti emergono da tutto il mondo e spesso sono state proprio le giovani donne a portare questi simboli di speranza. I tassi di Hiv fra le donne sono già calati in alcune zone dello Zambia, in Sudafrica, ad Addis Abeba, nel Malawi, in Cambogia. Il collegamento fra la violenza contro le donne e la diffusione del virus può essere rotto soltanto quando si deciderà di agire contro entrambi questi problemi".

Dalle scimmie una nuova strategia per combattere l'Hiv

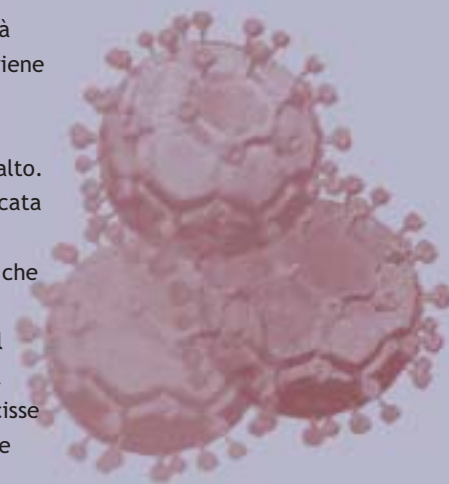
Una nuova strategia nella lotta all'Aids potrebbe arrivare dallo studio di una particolare specie di scimmie che, infettate da un virus simile all'Hiv, non sviluppano la malattia. Secondo i ricercatori della Texas University di Dallas, che hanno lavorato con gli esperti della Emory University di Atlanta, in Georgia, lo studio del sistema immunitario di questi primati potrebbe portare una terapia che, contrariamente a quanto si è cercato di fare fino ad oggi, riduce la risposta immunitaria all'Hiv. La ricerca è pubblicata sul sito web www.immunity.com. I ricercatori americani hanno osservato in questa scimmia, il cercocebo moro, due differenze "chiave" nel comportamento del sistema immunitario quando si trova

a fronteggiare il virus Siv (Simian immunodeficiency virus): una "bassa" risposta al virus ma, allo stesso tempo, l'intatta capacità di produrre le cellule T, quelle che nell'uomo vengono distrutte dall'Hiv. "Le scimmie hanno la stessa carica virale che si osserva negli uomini durante la fase acuta dell'infezione - spiega Donald Sodora, uno dei ricercatori - ma, inspiegabilmente, non si ammalano". Questi risultati danno forza alle teorie secondo le quali una risposta immunitaria forte, invece di indebolire il virus Hiv, lo "aiuta" a sopravvivere. "Potremmo adesso sperimentare, seguendo l'esempio delle scimmie - spiega l'esperto - nuove terapie mirate contemporaneamente a "disattivare" il sistema immunitario, ma a mantenere intatta la capacità di rinnovare le cellule T".

Filmato come il virus "inganna" il sistema immunitario

Scoperta e filmata la tecnica che il virus dell'Hiv utilizza per "ingannare" il sistema immunitario e che gli permette di diffondersi rapidamente nell'organismo. Lo stesso meccanismo che dovrebbe proteggere dalle infezioni, spiegano i ricercatori dell'Università dell'Illinois, a Chicago, viene utilizzato "fraudolentemente" dal virus per scatenare l'assalto. La ricerca è stata pubblicata sulla rivista "Science". Gli esperti di Aids sanno che il virus è in grado di distruggere le cellule del sistema immunitario, ma non sapevano come riuscisse ad introdursi nelle cellule immunitarie. "Grazie a questo filmato - spiegano gli esperti guidati da David Mc Donald - speriamo di poter trovare le contromisure adatte per impedire l'ingresso del virus e, soprattutto, per evitare di aiutarlo a diffondersi". La prima linea di difesa contro l'Hiv è costituita dalle cellule dendritiche, che affrontano ogni organismo estraneo, lo spezzettano in piccoli frammenti che poi "passano" alle cellule T. Queste ultime hanno il compito di mobilitare le altre cellule del sistema immunitario alla battaglia contro gli invasori. L'Hiv ha imparato a sovvertire questo processo. Alcune copie del virus riescono a sopravvivere all'attacco delle cellule dendritiche e a passare nelle cellule T attraverso la

"porta" che si crea tra di loro per il passaggio dei frammenti di Hiv distrutti. Le copie dell'Hiv intatte "entrano" nelle cellule T, si moltiplicano e le distruggono, mettendo "al tappeto" il sistema di difesa dell'organismo. Gli scienziati sperano che questa scoperta possa aiutare a scoprire come "difendere" le cellule T dall'attacco degli invasori.



Antiretrovirali e malattie cardiovascolari

Gli studi in corso per valutare la sicurezza a lungo termine sugli aspetti cardiovascolari degli antiretrovirali dovrebbero continuare almeno fino al 2005, anche se i primi risultati sembrano rassicuranti. Secondo l'EMA, l'agenzia europea per la valutazione dei prodotti medicinali, il prolungamento degli studi fino a gennaio del 2005 è necessario per avere una risposta chiara ed esauriente. Le compagnie farmaceutiche hanno accettato di continuare a finanziare gli studi.



Il progetto Esther

PROF. FRANCESCO CASTELLI
Istituto di Malate Infettive e
Tropicali, Università di Brescia

al fine di contrastare la diffusione dell'Aids nei Paesi in via di sviluppo, dove vive circa il 95% delle persone infette, appare essenziale garantire un maggior accesso alle cure eziologiche specifiche antiretrovirali. Questo orientamento è stato recentemente confermato anche dalle risoluzioni adottate dalle Nazioni Unite che si sono mobilitate nella raccolta di fondi per costituire il Fondo Globale per la Lotta all'Aids, alla tubercolosi e alla malaria cui l'Italia ha contribuito con uno stanziamento di 100 milioni di Euro.

Tuttavia, oltre a garantire la disponibilità economica per consentire l'accesso ai farmaci antiretrovirali ai Paesi più colpiti dall'epidemia, è essenziale provvedere anche al rinforzo dei singoli programmi di lotta all'Aids. L'azione di rinforzo dovrà prevedere soprattutto un'importante componente di supporto tecnico e di formazione del personale, finalizzata alla gestione delle complesse terapie antiretrovirali, dapprima su scala sperimentale e, successivamente, dove è possibile, in maniera estensiva.

Per rispondere a questa esigenza - parallelamente all'istituzione del Fondo Globale per la Lotta all'Aids, alla tubercolosi e alla malaria - il 9 aprile 2002 i Ministri della Sanità di Francia, Spagna, Italia, Lussemburgo e Portogallo hanno ufficialmente adottato l'iniziativa ESTHER (Ensemble pour un Réseau Therapeutique). L'assunto ispiratore di ESTHER è la constatazione dell'ormai consolidata esperienza terapeutica acquisita e maturata nelle istituzioni ospedaliere dei Paesi industrializzati nel trattamento dell'infezione da Hiv-Aids. Tale esperienza potrebbe utilmente essere messa a disposizione dei Paesi in via di sviluppo dove è più urgente il bisogno e dove l'impiego degli antiretrovirali è stato fino ad oggi limitato a sporadiche esperienze.

ESTHER mira dunque a rinforzare i programmi di lotta all'epidemia dei Paesi in via di sviluppo mediante la creazione di una "rete" costituita da realtà ospedaliere del Nord e del Sud del mondo che possa consentire e facilitare la cura dei pazienti affetti da Hiv nei Paesi poveri mediante una serie di interventi:

1. sviluppo e formazione delle risorse umane a livello locale, anche tramite scambi di personale
2. fornitura di strumentazione
3. facilitazione dell'accesso ai farmaci.

Fanno parte di questa rete anche gli Spedali Civili di Brescia.

Contesto ambientale, economico e sociale dell'intervento

Il Burkina Faso, Paese dell'Africa sub-sahariana che conta circa otto milioni di abitanti, vive al momento una fase di crescita esponenziale dell'infezione, alimentata essenzialmente dalla trasmissione eterosessuale. Anche la trasmissione verticale è particolarmente rilevante in una Regione in cui il tasso di accrescimento annuale supera il 3% e dove vivono oltre 440.000 persone sieropositive. In Burkina Faso sono presenti sia l'Hiv-1 che l'Hiv-2, con una predominanza del primo. La prevalenza nella popolazione generale è stimata al 7-10% ma è in fase di espansione, con valori superiori nelle popolazioni a rischio (prostitute, militari, etc.).

Nella capitale Ouagadougou, che conta circa un milione di abitanti, la presa in carico dei pazienti avviene presso l'Ospedale Y. Ouedraogo, il CTA (Centre de Traitement AIDS) o il Centre Medical de Saint Camille.

Il Saint Camille è impegnato attivamente nella prevenzione della trasmissione materno-infantile. Annesso al Centro è in corso di costruzione il Centre d'Accueil et de Solidarité de Ouagadougou (CASO), struttura sanitaria riconosciuta dal Ministero della Sanità del Burkina Faso, con un laboratorio in grado di eseguire gli esami di monitoraggio della terapia antiretrovirale. Qui troveranno assistenza ospedaliera oltre 60 malati di Aids. Il CASO sarà inoltre dotato di un ambulatorio per la consultazione esterna dei pazienti. Attualmente presso il Saint Camille non è presente alcuna competenza specifica nel trattamento antiretrovirale dell'infezione da Hiv.

Obiettivi generali e specifici del progetto

Gli obiettivi principali del progetto, che riprendono quelli dell'iniziativa ESTHER, possono essere riassunti in 5 punti principali:

1. in accordo con le linee-guida di trattamento emanate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità e adattate alla realtà del Burkina Faso, facilitare e assicurare il trasferimento di competenza delle tecniche di gestione della terapia antiretrovirale tra l'Istituto di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia e il Centre Medical de Saint Camille - CASO di Ouagadougou;
2. garantire un'adeguata attività di formazione per il personale del Saint Camille nell'ambito della prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione e delle patologie ad essa correlate. L'attività di formazione avrà luogo sia in loco, mediante la realizzazione di corsi brevi seminariali, che attraverso stage clinici presso l'Istituto di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia e la partecipazione ai Corsi di Medicina Tropicale organizzati da Medicina Mundi Italia e dall'Università di Brescia;
3. garantire un utile complemento di formazione specifica e pratica per gli specializzandi delle Scuole di Specializzazione in Malattie Infettive e in Medicina Tropicale dell'Università di Brescia. Questa attività di formazione si svolgerà secondo un programma concordato tra i responsabili delle due strutture coinvolte e l'Università di Ouagadougou;
4. facilitare l'acquisizione di strumentazione medico-diagnostica per la cura dei pazienti affetti da patologie Hiv correlate;
5. facilitare l'accesso ai farmaci antiretrovirali.

Ecco comunque l'articolazione delle azioni previste nei primi 3

anni di lavoro:

1. Assistenza Tecnica long-term

È prevista la permanenza long-term a rotazione di personale specializzato dell'Istituto di Malattie Infettive e Tropicali (assegnisti di ricerca, strutturali ospedalieri in comando, etc) e/o di specializzandi delle Scuole di Specializzazione in Malattie Infettive e in Medicina Tropicale dell'Università di Brescia. Il personale collaborerà alla gestione clinica dei pazienti sieropositivi secondo protocolli e algoritmi terapeutici predefiniti con i responsabili del Saint Camille e basati sulle recenti linee-guida emanate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

2. Attività di Formazione del personale del Centre Medical de Saint Camille (CASO).

Sarà garantita la formazione di personale medico del Saint Camille mediante l'organizzazione di specifiche attività interattive e seminariali da realizzare presso il CASO:

- a. diagnosi e gestione della terapia antiretrovirale
- b. diagnosi o gestione clinica delle patologie Hiv-correlate
- c. prevenzione della trasmissione materno-infantile della infezione da Hiv
- d. le malattie a trasmissione sessuale.

3. Fornitura di strumentazione

Verrà richiesto all'Amministrazione degli Spedali Civili e ai competenti uffici regionali di poter acquisire le apparecchiature funzionanti che verranno dismesse sia dall'Azienda Ospedaliera bresciana che da altre strutture sanitarie italiane. Le procedure di verifica tecnica del perfetto funzionamento, approntamento e imballaggio saranno a carico di Medicus Mundi Italia mentre le spese di spedizione saranno a carico del progetto.

4. Fornitura di farmaci antiretrovirali e di materiale diagnostico per il monitoraggio della terapia antiretrovirale.

Nell'ambito del progetto di partenariato saranno esplorate tutte le possibili vie istituzionali che possano garantire la fornitura del maggior numero di trattamenti antiretrovirali per i pazienti Hiv positivi afferenti alle strutture del CASO.

I risultati attesi dal progetto

Da questo progetto ci aspettiamo:

1. il trasferimento permanente delle competenze tecnico-scientifiche necessarie alla corretta gestione della terapia antiretrovirale presso il Centre Medical de Saint Camille - Centre d'Accueil et de Solidarité de Ouagadougou (Burkina Faso)
2. l'assistenza clinica ai pazienti affetti da infezione da Hiv/Aids in regime di ricovero o ambulatoriale nello stesso ospedale
3. l'acquisizione di competenze specifiche da parte del personale medico in formazione presso le Scuole di Specializzazione in Malattie Infettive e in Medicina Tropicale della Università di Brescia e del personale strutturato degli Spedali Civili di Brescia.

Pazienti, uniamoci

Prima dell'Aids per nessun'altra patologia i pazienti erano diventati soggetto attivo nella gestione della propria malattia, nel pretendere pari dignità con il medico, le istituzioni, le aziende farmaceutiche. I nostri successi hanno fatto da apripista anche per altre associazioni: penso ai pazienti asmatici, alle donne operate di tumore al seno, agli emofilici, ai parkinsoniani, ai malati di Alzheimer e a tutte le sigle che da tempo combattono le loro battaglie per il diritto all'assistenza. Per dare più consistenza alle nostre rivendicazioni, alla luce anche dell'emergere di problemi comuni - i prezzi dei farmaci, la regionalizzazione della sanità, l'accesso alle terapie, il rapporto medico-paziente-istituzioni, i drg, il rischio di discriminazione legata al territorio (farmaci rimborsabili in alcune Regioni e non in altre) - credo sia ormai giunto il tempo di unire le forze: costituire un fronte compatto di pazienti che rivendichino diritti uguali per tutti, pur continuando a privilegiare la specificità di ciascuna patologia. Una sorta di federazione che inizi a presentarsi come interlocutore unico nei confronti del Ministero ma anche di Asl, aziende ospedaliere, Regioni, industrie del farmaco. Una prima esperienza in questo senso l'abbiamo sperimentata con successo lo scorso novembre a Roma, in occasione del primo congresso nazionale dei pazienti con Hiv. Allora avevo fatto appello a tutte le associazioni perché partecipassero alla nostra marcia di protesta per il diritto ai farmaci. All'iniziativa avevano aderito ben 46 rappresentanze dei malati, a testimonianza che un coordinamento generale di tutti i pazienti non solo è necessario ma anche possibile. Da queste colonne lancio quindi un forum per sapere cosa pensano gli altri attivisti di questa proposta.

Rosaria Iardino

Direttore responsabile:
Rosaria Iardino

Direttore editoriale:
Sabrina Smerrieri

Coordinamento generale:
Mauro Boldrini, Gino Tomasini

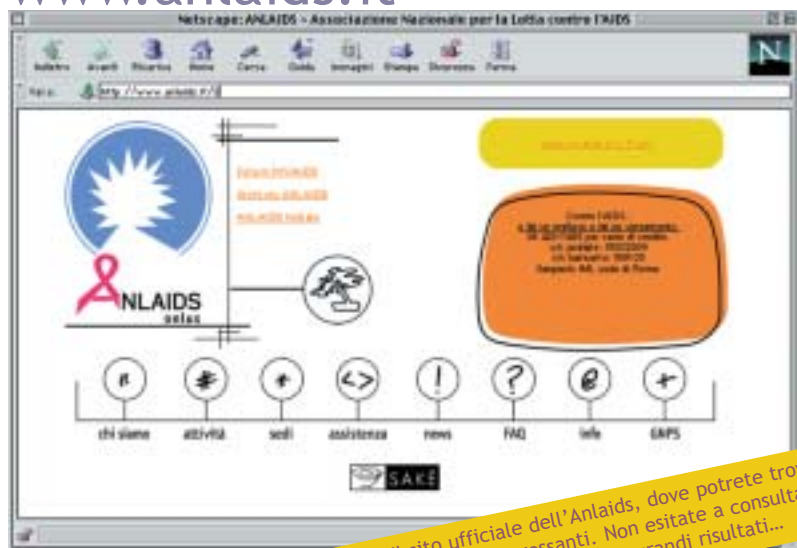
Redazione:
Carlo Buffoli
Valeria Calvino
Sergio Ceccone
Viviana Colombassi
Francesca Del Rosso
Margherita Errico
Daniela Guidotti
Susanna Scardellato
Laura Simoni

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

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...



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