



www.socialnews.it

Anno 7 - Numero 8
Ottobre 2010

Tutelare i soggetti deboli
di Franco Frattini

Delusi, ma non sorpresi
di Luciana Pedoto

L'importanza della terapia
di Fernando Aiuti

La promessa di una salute migliore
di Sergio Dompè

Segniamo un gol per l'Africa
di Alessandra Mastronardi

Il vaccino: fra sogno e realtà
di Paolo Rossi

"Il triangolo delle Bermuda"
di Cesare Beghi

"Uniti per i bambini uniti contro l'AIDS"
di Vincenzo Spadafora

Neonati sani
di Augusto Enrico Semprini

Con il contributo satirico
di Vauro Senesi

realizzazione e distribuzione gratuita

SOCIAL NEWS



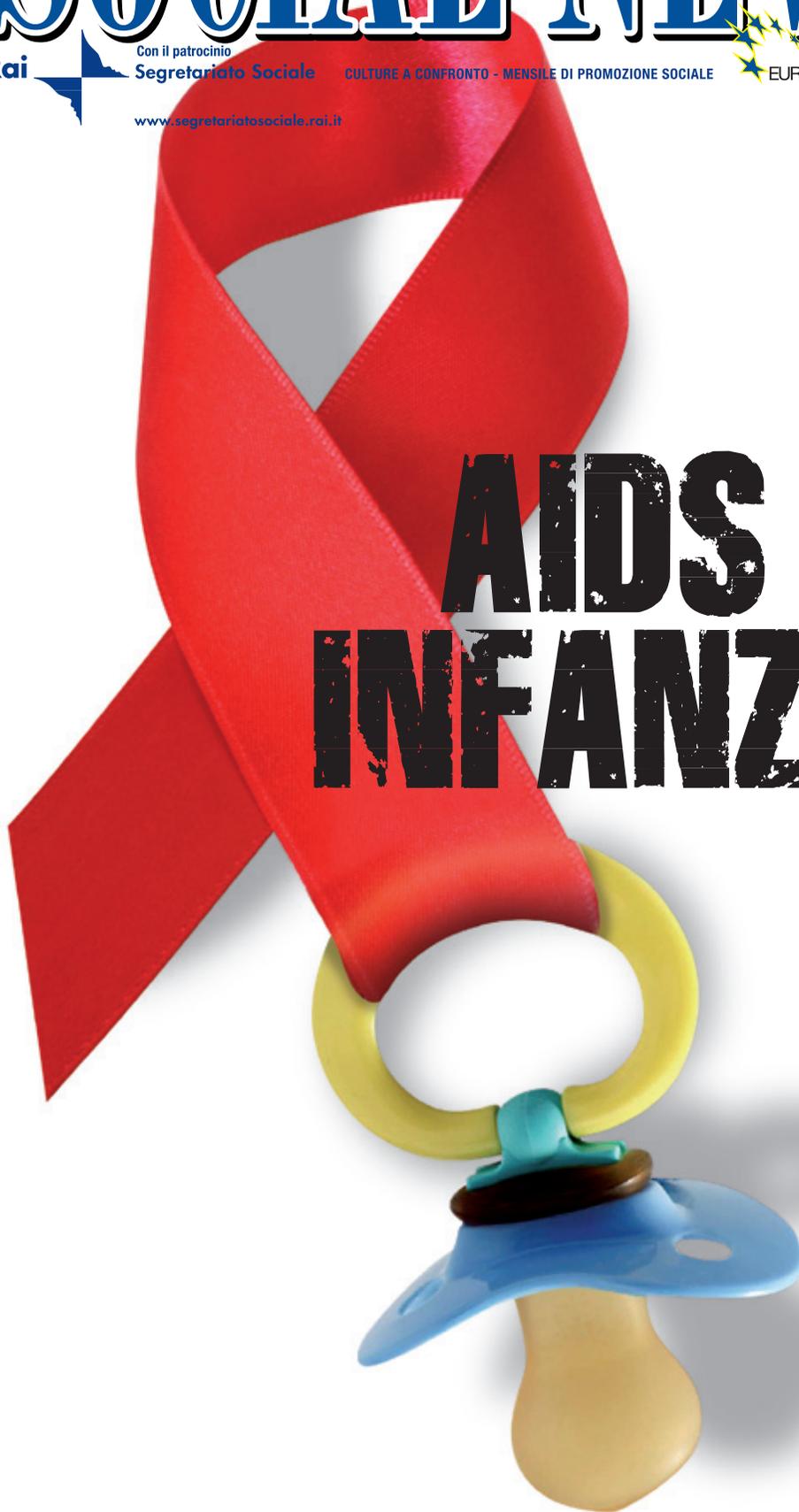
Con il patrocinio
Segretariato Sociale

CULTURE A CONFRONTO - MENSILE DI PROMOZIONE SOCIALE



PREMIATO
EUROMEDITERRANEO 2008

www.segretariatosociale.rai.it



AIDS E INFANZIA

UN'EREDITÀ DEVASTANTE

Poste Italiane s.p.a. Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DBC TS

INDICE

3. **Le vittime dell'AIDS**
di Massimiliano Fanni Canelles
4. **AIDS e infanzia**
di Stefano Piziali
6. **Tutelare i soggetti deboli**
di Franco Frattini
7. **Delusi, ma non sorpresi**
di Luciana Pedoto
8. **La promessa di una salute migliore**
di Sergio Dompè
9. **La terapia HAART**
Ministero della Salute
10. **L'importanza della terapia**
di Fernando Aiuti
11. **Il vaccino: fra sogno e realtà**
di Paolo Rossi
12. **Neonati sani**
di Augusto Enrico Semprini
13. **Neonati sieropositivi**
di Angela Calluso
15. **"Segniamo un gol per l'Africa"**
di Alessandra Mastronardi
16. **"Uniti per i bambini, uniti contro l'AIDS"**
di Vincenzo Spadafora
17. **È tempo di osare di più**
di Silvia Mancini
18. **Salviamo i bambini**
di Silvia Mancini
19. **"Il triangolo delle Bermuda"**
di Cesare Beghi
20. **Ammalati e discriminati**
di Giulio Maria Corbelli e Lucia Palmisano
22. **Proteggiamo le nuove generazioni**
di Laura McCullagh
24. **Progetto Dream: un sogno per l'Africa**
di Federica Marchi
26. **Progetto Rainbow**
di Elisabetta Garuti
27. **Le statistiche dell'AIDS nell'infanzia**
di Federica Albini
28. **Paesi di orfani**
di Giorgio Fornoni
30. **Il marinaio di Manchester**
di Antonio Irlando

Per contattarci:

redazione@socialnews.it, info@auxilia.fvg.it

I SocialNews precedenti. Anno 2005: Tsunami, Darfur, I genitori, Fecondazione artificiale, Pedopornografia, Bambini abbandonati, Devianza minorile, Sviluppo psicologico, Aborto. Anno 2006: Mediazione, Malattie croniche, Infanzia femminile, La famiglia, Lavoro minorile, Droga, Immigrazione, Adozioni internazionali, Giustizia minorile, Tratta e schiavitù. Anno 2007: Bullismo, Disturbi alimentari, Videogiochi, Farmaci e infanzia, Acqua, Bambini scomparsi, Doping, Disagio scolastico, Sicurezza stradale, Affidi. Anno 2008: Sicurezza e criminalità, Sicurezza sul lavoro, Rifiuti, I nuovi media, Sport e disabili, Energia, Salute mentale, Meritocrazia, Riforma Scolastica, Crisi finanziaria. Anno 2009: Eutanasia, Bambini in guerra, Violenza sulle donne, Terremoti, Malattie rare, Omosessualità, Internet, Cellule staminali, Carcere. Anno 2010: L'ambiente, Arte e Cultura, Povertà, Il Terzo Settore, Terapia Genica, La Lettura, Il degrado della politica.

Direttore responsabile:
Massimiliano Fanni Canelles

Redazione:
Capo redattore
Claudio Cettolo
Redattore
Ilaria Pulzato
Grafica
Paolo Buonsante
Ufficio stampa
Elena Volponi, Luca Casadei, Alessia Petrilli
Ufficio legale
Silvio Albanese, Roberto Casella
Giornale on-line e segreteria
Paola Paulettig
Relazioni esterne
Alessia Petrilli
Correzione ortografica
Tullio Ciancarella, Elena Volponi
Newsletter
David Roici
Spedizioni
Alessandra Skerk
Responsabili Ministeriali
Serenella Pesarin (Direttrice Generale Ministero Giustizia), Donatella Toresi (Vice Prefetto Aggiunto Ministero dell'Interno), Paola Viero (UTC Ministero Affari Esteri)
Responsabili Universitari
Cristina Castelli (Professore ordinario Psicologia dello Sviluppo Università Cattolica), Pina Lalli (Professore ordinario Scienze della Comunicazione Università Bologna), Maurizio Fanni (Professore ordinario di Finanza Aziendale all'Università di Trieste), Tiziano Agostini (Professore ordinario di Psicologia all'Università di Trieste)

Responsabili e redazioni regionali:
Grazia Russo (Regione Campania), Luca Casadei (Regione Emilia Romagna), Martina Seleni (Regione Friuli Venezia Giulia), Angela Deni (Regione Lazio), Roberto Bonin (Regione Lombardia), Elena Volponi (Regione Piemonte), Rossana Carta (Regione Sardegna)

Collaboratori di Redazione:
Federica Albini
Alessandro Bonfanti
Davide Bordon
Carlo Carruba
Roberto Casella
Maria Rosa Dominici
Eva Donelli
Alma Grandin
Elisa Mattaloni
Cristian Mattaloni
Cinzia Migani
Manuela Ponti
Enrico Sbriglia
Cristina Sirch
Claudio Tommasini
Alessia Petrilli

Vignette a cura di:
Paolo Buonsante
Vauro Senesi

Con il contributo di:
Fernando Aiuti
Federica Albini
Cesare Beghi
Angela Calluso
Giulio Maria Corbelli
Sergio Dompè
Giorgio Fornoni
Franco Frattini
Elisabetta Garuti
Antonio Irlando
Silvia Mancini
Laura McCullagh
Federica Marchi
Alessandra Mastronardi
Lucia Palmisano
Luciana Pedoto
Alessia Petrilli
Stefano Piziali
Paolo Rossi
Augusto Enrico Semprini
Vincenzo Spadafora

Grafici:
Dati UNAIDS
UNICEF
Istituto superiore di sanità
OMS

Periodico Associato



Questo periodico è aperto a quanti desiderino collaborarvi ai sensi dell'art. 21 della Costituzione della Repubblica Italiana che così dispone: "Tutti hanno diritto di manifestare il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni mezzo di diffusione". Tutti i testi, se non diversamente specificato, sono stati scritti per la presente testata. La pubblicazione degli scritti è subordinata all'insindacabile giudizio della Redazione: in ogni caso, non costituisce alcun rapporto di collaborazione con la testata e, quindi, deve intendersi prestata a titolo gratuito. Tutte le informazioni, gli articoli, i numeri arretrati in formato PDF li trovate sul nostro sito: www.socialnews.it. Per qualsiasi suggerimento, informazioni, richiesta di copie cartacee o abbonamenti, potete contattarci a: redazione@socialnews.it
Ufficio stampa: ufficio.stampa@socialnews.it
Regist. presso il Trib. di Trieste n. 1089 del 27 luglio 2004 - ROC Aut. Ministero Garanzie Comunicazioni n° 13449. Proprietario della testata: Associazione di volontariato @uxilia onlus www.auxilia.fvg.it - e-mail: info@auxilia.fvg.it
Stampa: AREAGRAFICA - Meduno PN - www.areagrafica.eu
Qualsiasi impegno per la realizzazione della presente testata è a titolo completamente gratuito. Social News non è responsabile di eventuali inesattezze e non si assume la responsabilità per il rinvio del giornale in luoghi non autorizzati. È consentita la riproduzione di testi ed immagini previa autorizzazione citandone la fonte. Informativa sulla legge che tutela la privacy: i dati sensibili vengono trattati in conformità al D.L.G. 196 del 2003. Ai sensi del D.L.G. 196 del 2003 i dati potranno essere cancellati dietro semplice richiesta da inviare alla redazione.

Contro il muro del silenzio, per il popolo Saharawi

Il 9 novembre 1989, a Berlino, accadde l'inimmaginabile: il muro che divideva in due la città fu travolto dal popolo, animato dalla forza della disperazione. Una barriera messa in piedi nel 1961 dal governo comunista della Repubblica Democratica Tedesca (Ddr), alta più di tre metri, "protetta" nella parte orientale da filo spinato e campi minati; si voleva impedire con la forza non solo che i cittadini di Berlino Est si spostassero nel settore occidentale, ma addirittura che si potesse vedere l'altra metà della capitale tedesca. Tante persone, soprattutto giovani, pagarono con la vita il tentativo di evasione da questa prigione a cielo aperto. Pochi mesi prima di quel fatidico 9 novembre di ventuno anni fa, Erich Honecker, anziano segretario del Partito, aveva dichiarato che il muro sarebbe rimasto in piedi per altri cento anni. Evidentemente, non aveva fatto i conti con la realtà, con la naturale voglia di libertà che cova nell'uomo. Da quel giorno di festa per la ritrovata unità del popolo tedesco, ne è passata di acqua sotto i ponti. La Germania è unita sotto un'unica bandiera, con Berlino capitale; l'Europa intera sta compiendo un processo di unificazione. Va tutto bene, allora? No, ci sono altri muri che lacerano i popoli del XXI secolo. Uno di questi, sorvegliato con le armi proprio come quello di Berlino, divide il popolo Saharawi dalle terre del Sahara Occidentale, costringendo gli uomini e le donne a rifugiarsi in campi profughi ospitati dall'Algeria. In questi giorni, a New York, si tengono i negoziati tra le autorità marocchine ed i rappresentanti del Fronte Polisario - l'organizzazione politico-militare saharawi - per trovare una soluzione pacifica alla questione aperta dal 1975. Ma mentre nella sede dell'Onu i nemici si incontrano per dialogare, nel Sahara Occidentale le forze armate marocchine reprimono nel sangue una manifestazione dei Saharawi che chiedevano il rispetto dei loro diritti fondamentali. Il campo di Gdeim Izik è stato smantellato, lasciando a terra morti e feriti; i profughi si sono rifugiati nella vicina città di Al Aaiun, dove si è scatenata una guerriglia urbana che ha fatto crescere il triste conteggio da bollettino di guerra. Così, nel 21esimo anniversario dell'abbattimento del muro di Berlino, il Modavi denuncia le violenze perpetrate dal Marocco contro il popolo Saharawi ed il silenzio generale che circonda la questione ultratrentennale. Una storia, quella dei Saharawi, che non va di moda e fatica a farsi sentire "nel mondo che conta". Una storia triste, di un popolo orgoglioso che vede negarsi anche il diritto all'esistenza; che non vede l'ora di travolgere quel muro che lo divide dalle proprie terre.

il gruppo del MODAVI onlus con il popolo Saharawi del Sahara Occidentale



Le vittime dell'AIDS

di Massimiliano Fanni Canelles

L'epidemia di HIV nasce nell'Africa Sub-Sahariana, ed in questa regione costituisce la prima causa di morte. Da questo territorio, la malattia si è diffusa in ogni area geografica della Terra. Oggi, nel mondo ci sono 33,2 milioni di persone sieropositive. Ogni anno, quasi 80.000 persone contraggono il virus, e circa 25.000 muoiono di AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita). Negli Stati Uniti, l'AIDS è la seconda causa di morte fra i giovani, subito dopo gli incidenti stradali. Diversamente da altre patologie, quali il cancro e le malattie cardiache, l'AIDS colpisce prevalentemente bambini e ragazzi. Questi da neonati possono essere infettati durante la gravidanza, in occasione del parto o nel periodo dell'allattamento. Nella giovane età il contagio avviene per l'utilizzo di droghe o nei rapporti sessuali non protetti. I bambini sieropositivi di età inferiore ai 15 anni sono 2,1 milioni e ogni giorno, altri 1.500 vengono infettati. Il 90% di essi vive nell'Africa Sub-Sahariana. La tragedia è provocata dall'impossibilità di accedere a cure adeguate. Nel 2006 soltanto il 23% delle donne incinte ha avuto accesso a profilassi antiretrovirale per prevenire la trasmissione del virus dell'HIV da madre a figlio e non più del 10% dei ragazzi sieropositivi ha potuto beneficiare della terapia adeguata. Il risultato di tutto questo è la prevalenza di decessi da AIDS in persone al di sotto dei 25 anni. Nei Paesi occidentali, dotati di elevato reddito pro-capite, si è riusciti a contenere l'epidemia grazie all'efficienza dei servizi di monitoraggio e prevenzione ma soprattutto alla possibilità di utilizzare la terapia antiretrovirale resa disponibile dai progressi della ricerca farmaceutica e dai sistemi sanitari statali. Ultimamente, la situazione sta migliorando anche in alcuni Paesi asiatici, soprattutto Cina e India, ed anche in alcune Nazioni dell'Africa, quali Nigeria, Mozambico, Zimbabwe e Kenia. Qui la popolazione comincia ad accedere a cure e prevenzione adeguate. Per questo motivo, le statistiche sulle nuove infezioni e sui decessi da AIDS risultano, negli ultimi anni, in leggero miglioramento. Ma è necessario che anche i bambini che abitano in zone tribali e remote possano accedere ai test e ai farmaci antivirali. Bisogna inoltre formare ed educare medici, paramedici, insegnanti, volontari, funzionari pubblici e capi villaggio. Impresa molto difficile. In questi Paesi, spesso, l'HIV non viene considerato perché sussistono altre priorità sanitarie: il 25% della popolazione vive sotto la soglia di povertà e due milioni e mezzo di bambini muoiono ogni anno per denutrizione, polmonite o diarrea. Ma negli ultimi anni, grazie ai servizi erogati dalle Organizzazioni Non Governative internazionali, in diversi Paesi in via di sviluppo si è potuto effettuare il test per l'HIV ai bambini entro i primi due mesi di vita. Nel 2008, hanno ricevuto i farmaci antiretrovirali il 45% delle donne incinte sieropositive ed il 38% dei bambini sieropositivi. Come previsto dalle linee-guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per i bambini esposti al rischio di contagio da HIV è stata impostata la terapia a base di cotrimoxazolo entro i primi due mesi di vita in una percentuale doppia rispetto agli anni passati. Le Nazioni della Terra hanno deciso che uno dei traguardi principali degli "Obiettivi di Sviluppo del Millennio" è quello di combattere l'AIDS. È quindi un impegno inderogabile quello di evitare che questa epidemia possa ulteriormente lacerare il tessuto sociale, culturale ed economico di popoli già provati, vittime dei Paesi industrializzati. Vittime del nostro benessere.

Stefano Piziali

Responsabile policy del Cesvi - cooperazione, emergenza e riabilitazione ai Paesi in via di sviluppo

AIDS e infanzia

Uno degli aspetti meno conosciuti della pandemia dell'HIV è quello che interessa i bambini. Dell'impatto sui milioni di orfani creati dalla si è detto, ma pochi sono consapevoli che la malattia crea anche intere nuove generazioni di bambini sieropositivi e quindi, se non vengono predisposte iniziative appropriate, futuri malati di AIDS.

L'HIV-AIDS è una delle pandemie più terribili perché non provoca solo milioni di morti, ma mina alle fondamenta le possibilità di sviluppo dei Paesi, decimando la popolazione più produttiva e lasciando milioni di bambini orfani. In particolare, è l'Africa Sub Sahariana ad essere gravemente colpita da questa pandemia: in alcuni Paesi, oltre un quarto della popolazione è sieropositiva ed in tutto il continente milioni di persone hanno contratto la malattia. Secondo l'agenzia delle Nazioni Unite per la lotta all'AIDS (UNAIDS), nel 2008, in tutto il mondo, le persone contagiate dall'HIV risultano essere 33,4 milioni, in aumento rispetto al 2001, anno in cui si registravano 29,5 milioni di casi, ma in calo rispetto al 2006 (39,5 milioni). Le donne sono 15,7 milioni, i bambini (0-14 anni), 2,1 milioni. Nel 2008 vi sono stati 2 milioni di decessi nel mondo a causa di Aids e malattie collegate. Dall'inizio dell'infezione, in tutto il mondo sono stati registrati circa 60 milioni di casi e 25 milioni di persone sono decedute. Il numero di nuovi casi registrati in un anno è diminuito, passando dai 3 milioni del 2001 ai 2,7 milioni del 2008. La situazione resta drammatica: nella sola Africa Sub Sahariana si contano 22,4 milioni di persone che convivono con l'HIV. Esse rappresentano circa il 67% dei sieropositivi su scala mondiale. Un dato ancor più significativo: il 72% delle vittime di Aids, nel 2008, viveva in questa regione. Lasciano orfani 14 milioni di bambini. UNAIDS stima che nel 2008 siano stati 1,8 milioni i nuovi casi di contagio da HIV/Aids nell'Africa Sub Sahariana. Il tasso di donne affette da HIV è in aumento in tutte le regioni africane. Le donne rappresentano circa la metà delle persone con HIV/Aids, ma, nel territorio considerato, il tasso tocca il 60%, superiore a qualsiasi altra area. Gli interventi dei Governi, delle Agenzie delle Nazioni Unite e delle ONG (organizzazioni non profit) nella regione Sub Sahariana hanno prodotto, negli ultimi anni, risultati positivi: il trattamento di HIV-Aids attraverso la somministrazione di antiretrovirali alle persone sieropositive o con Aids conclamato sta aumentando (44%, rispetto al 2% nel 2003). Ma oltre 12 milioni di persone sono tuttora senza cure. Nella maggior parte degli stati africani si è arrivati ad una stabilizzazione del tasso di infezioni da HIV, che tuttavia rimane la principale causa di mortalità nell'Africa Sub Sahariana. In particolare, il Sudafrica è la nazione con la più alta incidenza di infezioni da HIV al mondo (5,7 milioni di persone). La diminuzione dei contagi registrata in Uganda negli scorsi anni sembra essere giunta ad una stabilizzazione. Risulta però preoccupante la ripresa dei comportamenti sessuali a rischio. Anche nella Repubblica Democratica del Congo si registra un incremento dell'incidenza delle infezioni da HIV, in particolar modo nelle aree rurali. Si calcolano più di un 1 milione di sieropositivi nel Paese e 700.000 orfani da AIDS, mentre l'accesso al trattamento antiretrovirale è ancora molto limitato. Le persone sieropositive o con Aids conclamato sotto terapia antiretrovirale sono circa 2.000.

Bambini ed AIDS

Uno degli aspetti meno conosciuti della pandemia è quello che interessa i bambini. Dell'impatto sui milioni di orfani si è detto, ma pochi sono consapevoli che la malattia crea anche intere generazioni di bambini sieropositivi. Quindi, se non verranno predisposte iniziative appropriate, questi diventeranno futuri malati di AIDS.

Nel 2008 circa 1,4 milioni di bambini sono stati partoriti da donne sieropositive. Circa 430.000 sono stati contagiati durante la gravidanza o l'allattamento. Se non vi sono interventi preventivi, infatti, la percentuale di rischio che il bambino contragga l'HIV durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento al seno, varia tra il 25 ed il 45%. Per ridurre questo fenomeno, secondo UNAIDS e Organizzazione Mondiale della Sanità, sono importantissimi i programmi di prevenzione del contagio madre-figlio (PMTCT: Prevention of Mother-To-Child Transmission), come quello di Cesvi denominato "Fermiamo l'Aids sul nascere", che utilizza proprio il protocollo suggerito dall'OMS nel 2001. I protocolli, in continua evoluzione grazie alle nuove conoscenze scientifiche, possono ridurre la percentuale di rischio sotto il 2%. Nei Paesi ad alto reddito, dove sono disponibili interventi di prevenzione, si è arrivati all'eliminazione virtuale della trasmissione madre-figlio. Anche nell'Africa Sub Sahariana, e in tutti i Paesi a basso reddito, si sono compiuti passi significativi, ma resta ancora molta strada da fare. Nei Paesi a basso reddito, la percentuale di donne incinte che effettua il test per l'HIV è passata dal 7% del 2005 al 21% del 2008. Questo significa che nei Paesi a basso e medio reddito un numero maggiore di donne è consapevole del proprio stato di salute. Può, di conseguenza, intraprendere le cure necessarie. Nel 2008, le donne incinte sieropositive dei Paesi a basso e medio reddito che hanno ricevuto i farmaci antiretrovirali per prevenire la trasmissione sono state il 45%, rispetto al 15% del 2005. Nonostante questi progressi, la situazione permane drammatica. Ogni anno centinaia di migliaia di bambini contraggono l'HIV, prevalentemente attraverso la trasmissione verticale madre-figlio. Il 91% dei nuovi contagi avviene nell'Africa Sub Sahariana. Senza appropriate cure e trattamenti, più della metà dei bambini sieropositivi muore prima del compimento del secondo anno di vita. Va necessariamente sostenuto lo sviluppo di farmaci antiretrovirali ad uso pediatrico. Il progetto "Fermiamo l'Aids sul nascere", avviato da Cesvi nel 2001 nel piccolo ospedale Saint Albert in Zimbabwe, prevede diverse attività: una terapia farmacologica per ridurre la trasmissione del virus dalle mamme sieropositive ai neonati, accompagnata da un programma di prevenzione ed assistenza alimentare e psicologica alle mamme; la creazione di strutture di accoglienza e di lotta all'esclusione sociale per gli orfani dell'Aids; il supporto e l'assistenza medica per i malati di Aids (accesso alle cure con farmaci anti retrovirali); la promozione di campagne educative e di prevenzione con il coinvolgimento della popolazione e delle istituzioni locali. Negli ultimi otto anni, Cesvi ha compiuto passi da gigante in Zimbabwe: oltre 40.000 donne sono state sottoposte al test HIV e sono state seguite con sostegno psicologico durante gravidanza, parto e allattamento; 2.000 bambini risultano fuori pericolo di contagio; sono stati formati 1.400 operatori sanitari e centinaia di migliaia di persone sono state sensibilizzate sul tema dell'Aids e sulle modalità di prevenzione. L'intervento di Cesvi ha interessato ospedali e cliniche rurali dello Zimbabwe. Successivamente, ha operato anche in Sudafrica, Repubblica Democratica del Congo e Uganda. Secondo gli ultimi dati, nello Zimbabwe, grazie anche all'intervento di Cesvi degli ultimi 6 anni nel distretto di Centenary, dove si trova il St. Albert, la percentuale di sieroprevalenza è scesa dal 23 al 13% ed è stato

Cos'è la sindrome da immunodeficienza acquisita

Riportata per la prima volta in letteratura nel 1981, la sindrome da immunodeficienza acquisita, altrimenti nota come Aids, rappresenta lo stadio clinico terminale dell'infezione da parte del virus dell'immunodeficienza umana (Hiv). L'Hiv è un virus a Rna che appartiene ad una particolare famiglia virale, quella dei retrovirus, dotata di un meccanismo replicativo assolutamente unico. I retrovirus sono in grado di trasformare il proprio patrimonio genetico a Rna in un doppio filamento di Dna. Questo va ad inserirsi nel Dna della cellula infettata (detta "cellula ospite") e da lì dirige la produzione di nuove particelle virali. Nel caso specifico dell'Hiv, le cellule bersaglio sono particolari cellule del sistema immunitario, i linfociti T di tipo CD4. L'infezione da Hiv provoca quindi un indebolimento progressivo del sistema immunitario (immunodepressione), aumentando il rischio di infezioni e malattie.

Le fasi della malattia

Dopo essere entrata in contatto con l'Hiv, una persona può diventare sieropositiva e cominciare così a produrre anticorpi diretti specificamente contro il virus, dosabili nel sangue. La sieropositività implica che l'infezione è in atto e che è dunque possibile trasmettere il virus ad altre persone. La comparsa degli anticorpi, però, non è immediata. Il tempo che intercorre tra il momento del contagio e la comparsa nel sangue degli anticorpi contro l'Hiv è detto "periodo finestra" e dura mediamente 4-6 settimane, ma può estendersi anche fino a 6 mesi. Durante questo periodo, anche se risulta sieronegativa, la persona è comunque in grado di trasmettere l'infezione. Da sieropositivi, è possibile vivere per anni senza alcun sintomo ed accorgersi del contagio solo al manifestarsi di una malattia. Il periodo di incubazione può durare diversi anni, fino a quando la malattia non diventa clinicamente conclamata a causa dell'insorgenza di una o più infezioni cosiddette "opportunistiche". Nella fase conclamata dell'Aids, si possono sviluppare diverse forme di tumore, soprattutto linfomi e sarcoma di Kaposi.

Vie di trasmissione

Esistono tre diverse modalità di trasmissione dell'Hiv: per via ematica, per via sessuale e per via materno-fetale. La trasmissione per via ematica avviene con stretto e diretto contatto fra ferite aperte e sanguinanti e scambio di siringhe con un sieropositivo. A partire dal 1985, la trasmissione dell'infezione con il sangue trasfusionale è stata praticamente eliminata. La trasmissione sessuale è la modalità di trasmissione dell'infezione da Hiv più diffusa al mondo. I rapporti sessuali, sia etero, sia omosessuali, non protetti dal profilattico possono essere causa di trasmissione dell'infezione. Trasmissione che avviene attraverso il contatto tra liquidi biologici infetti (secrezioni vaginali, liquido pre-eiaculatorio, sperma, sangue) e mucose durante i rapporti sessuali. La trasmissione è possibile anche se le mucose sono integre. Ovviamente, tutte le pratiche sessuali che favoriscono traumi possono provocare un aumento del rischio di trasmissione. Il coito interrotto non protegge dall'Hiv, così come l'uso della pillola anticoncezionale, del diaframma e della spirale. Le lavande vaginali, dopo un rapporto sessuale, non eliminano la possibilità di contagio.

Hiv e gravidanza

La trasmissione da madre a figlio, o verticale, può avvenire durante la gravidanza, durante il parto, o con l'allattamento. Il rischio per una donna sieropositiva di trasmettere l'infezione al feto è di circa il 20%. Oggi è possibile ridurlo al di sotto del 4% somministrando zidovudina (Azt, primo farmaco usato contro l'Hiv) alla madre durante la gravidanza ed al neonato per le prime sei settimane di vita. Per stabilire se è avvenuto il contagio, il bambino deve essere sottoposto a controlli in strutture specializzate per almeno i primi due anni di vita. Tutti i bambini nascono con gli anticorpi materni. Per questa ragione, il test Hiv effettuato sul sangue di un bambino nato da una donna sieropositiva risulta sempre positivo.

www.epicentro.iss.it

salvato l'81% dei bambini nati da mamme sieropositive. Sempre nello Zimbabwe, a queste attività si è aggiunto un altro intervento per la lotta all'Hiv/Aids: è stato ristrutturato un edificio divenuto la "Casa del Sorriso", un centro di accoglienza per ragazzi abbandonati o orfani a causa dell'Aids. Ragazzi dimenticati da tutti, continuamente a rischio di droga e piccola delinquenza. La Casa costituisce per loro una possibilità concreta di salvezza dalla strada e di riscatto: un luogo dove accedere a cibo, cure mediche, servizi igienici e dove frequentare corsi di formazione ed imparare un lavoro. Il primo bambino dello Zimbabwe nato sano da una mamma sieropositiva che ha scelto di sottoporsi al programma di Cesvi si chiama Takunda (in lingua shona "Abbiamo vinto"). Oggi ha nove anni ed è un bambino sano, simbolo di un'Africa che non si rassegna ai pregiudizi e che si organizza, si mobilita e sconfigge la malattia. A lui Cesvi ha dedicato il "Premio Takunda", che premia le migliori iniziative di solidarietà mondiale.

Per i bambini: rafforzare i sistemi sanitari

L'obiettivo di tutte le organizzazioni impegnate contro l'AIDS dei bambini, da realizzare entro il 2015, è quello di garantire ad ogni donna l'accesso ai servizi per la prevenzione della trasmissione dall'Hiv ai propri figli ed ad ogni bambino la possibilità di iniziare la propria vita libero dall'Hiv. Oggi, la nuova sfida per Cesvi e per tutte le organizzazioni che in Africa lottano contro la pandemia, è quella di prendersi cura delle mamme affinché possano crescere i propri figli ed accompagnarli nell'infanzia e nell'adolescenza. Assicurare loro una vita più lunga possibile per impedire che si creino nuovi orfani. Ecco perché i progetti di lotta all'Aids nell'Africa Australe non riguardano solo la prevenzione del contagio madre-figlio, ma anche la prevenzione della diffusione del virus, la cura dei soggetti già affetti ed il supporto sociale ai malati e agli orfani. In Uganda, in particolare, l'attenzione si è concentrata sull'attività di sensibilizzazione alla prevenzione e di testing volontario della popolazione. Grazie a Cesvi, nel 2007, tale attività ha coinvolto circa 100.000 persone. Nella Repubblica Democratica del Congo, Cesvi ha sviluppato servizi integrati per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento dell'Hiv-Aids, delle malattie collegate - malaria e tubercolosi - e delle problematiche sanitarie della salute materno-infantile. Nel 2008, grazie ai progetti Cesvi, si sono sottoposte allo screening volontario oltre 10.000 persone e sono stati effettuati 77 incontri di sensibilizzazione, con una partecipazione di oltre 6.000 persone. Gli interventi per la salute materno-infantile e per la lotta ad HIV-AIDS nelle madri e nei bambini stanno diventando una grande opportunità di crescita e di rafforzamento dei sistemi sanitari di molti Paesi africani. L'obiettivo è quello di affrontare tutte le malattie più diffuse e debellare la mortalità infantile, la malnutrizione ed altre pandemie (come la malaria). C'è una cosa che ripugna a tutti: veder nascere un bambino malato, privato della possibilità di crescere in modo sano e della possibilità di vivere una vita dignitosa. Oggi vi sono le risorse scientifiche ed economiche per offrire a tutti i bambini, anche in Africa, una vita piena di opportunità. La lotta all'AIDS passa attraverso la prevenzione, il PMTCT e la diffusione di medicine ad uso pediatrico. Ma passa, soprattutto, attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari africani.

Distribuzione geografica dell'infezione da HIV (fonte rapporto UNAIDS 2004)



Franco Frattini
Ministro degli Affari Esteri

Tutelare i soggetti deboli

Il rafforzamento dei sistemi sanitari nei Paesi in via di sviluppo è necessario per garantire il diritto alla salute alle fasce meno protette della società (donne e bambini).



Nel corso della mia ormai lunga esperienza politico-istituzionale, ho sempre considerato i bambini ed i loro diritti un obiettivo primario. Non credo, infatti, che la politica, a qualsiasi livello, possa prescindere dai diritti dei più piccoli, e ritengo sia nostro preciso dovere proteggerli. In questo momento, in qualità di Ministro degli Affari Esteri, coordino più settori di intervento per la tutela dei bambini, stranieri ed Italiani, che si trovano, appunto, all'estero. La nostra attività spazia dall'adozione internazionale alla cooperazione allo sviluppo, passando anche attraverso questioni molto difficili da gestire, quali, ad esempio, le sottrazioni internazionali dei minori. In questa importante attività, godo, naturalmente, del supporto di tutta la nostra rete diplomatico-consolare, la quale è presente in moltissimi Paesi e rappresenta il nostro braccio operativo all'estero. Devo dire che l'Italia riserva tradizionalmente grande attenzione alle tematiche relative ai diritti dei minori ed alla loro tutela internazionale. Nella strategia del Governo, il Ministero degli Affari Esteri svolge un ruolo essenziale per la tutela dei bambini e delle bambine, sia nelle iniziative politiche, sia nei programmi di cooperazione allo sviluppo. Anche nell'ambito multilaterale, l'Italia e l'Unione Europea hanno confermato il proprio ruolo di primo piano in tale settore con una serie di iniziative alle Nazioni Unite. Di particolare rilievo è la risoluzione che contiene raccomandazioni affinché i più piccoli possano godere di tutti i diritti, civili, politici, economici, sociali e culturali, senza alcuna discriminazione. Il testo si sofferma ogni anno su un aspetto diverso della tutela dei diritti dei minori e quest'anno richiama l'attuazione dei diritti del fanciullo nella prima infanzia. Particolare rilevanza simbolica riveste la Giornata internazionale dei Diritti del Fanciullo. È stata istituita dall'Assemblea Generale nel 1954, con una risoluzione che raccomanda agli Stati di os-

servare annualmente una giornata mondiale rivolta alle tematiche dei bambini, lasciando ai Governi la scelta del giorno nel quale celebrarla. La data del 20 novembre è collegata al giorno in cui, nel 1959, l'Assemblea Generale ha adottato la Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo e, nel 1989, la Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo. Grande preoccupazione produce in tutti noi l'inaccettabile piaga dei bambini soldato. Si tratta di un fenomeno incredibilmente vasto nei numeri, che richiede, affinché sia stroncato, il massimo sforzo da parte di tutti. La tutela dei bambini coinvolti nei conflitti armati rappresenta dunque l'altra direttrice importante dell'azione che l'Italia svolge a favore dei minori a livello internazionale. In base alle statistiche UNICEF, più di 300.000 bambini partecipano ai conflitti nel mondo. E secondo le stime rese note dalle Nazioni Unite, il bilancio degli ultimi 10 anni relativo ai bambini vittime di guerra è il seguente: 2 milioni uccisi; 4-5 milioni mutilati; 12 milioni rimasti senza tetto; più di 1 milione rimasti orfani; circa 10 milioni traumatizzati a livello psicologico. È stato proprio su iniziativa della Presidenza italiana dell'UE, ed in collaborazione con l'UNICEF e le più importanti ONG del settore, che l'Unione Europea si è dotata, nel 2003, di "Linee guida in materia di bambini e conflitti armati", aggiornate poi nel 2008. Grazie all'iniziativa italiana, l'Unione Europea dispone oggi di un testo di riferimento che definisce una strategia generale di contrasto al fenomeno nei Paesi interessati. L'impegno italiano è stato particolarmente intenso nel biennio di presenza all'interno del Consiglio di Sicurezza, nel quale esiste un gruppo di lavoro (si occupa delle violazioni commesse nei confronti dei bambini nei conflitti armati), al quale abbiamo partecipato attivamente. L'Italia ha inoltre promosso l'inclusione di specifiche disposizioni relative alla protezione dei bambini nei mandati delle missioni ONU, a cominciare dal rinnovo del mandato della missione in Costa d'Avorio fino ai mandati delle Missioni in Sudan ed Afghanistan. L'inclusione di tali disposizioni nei mandati delle missioni ONU è ora pratica ricorrente da parte del Consiglio di Sicurezza. In occasione della Giornata Universale del Fanciullo del 2008, l'Italia ha anche promosso il lancio, insieme all'UNICEF ed al Segretariato dell'ONU, del "Network of Children Formerly Affected by War" (composto da ex-bambini soldato oggi affermati attivisti internazionali su questo tema) ed ha finanziato una mostra fotografica dell'ONU al Palazzo di Vetro dal titolo "Children of War: Broken Childhood". Nel giugno 2009, nell'ambito di questo progetto, ho inaugurato a Roma una mostra, alla presenza del Sindaco Alemanno, della Rappresentante Speciale

delle Nazioni Unite per i Bambini e i Conflitti Armati, Radhika Coomaraswamy, assieme ad alcuni esponenti del NYPAW. Ho in seguito aperto il simposio "Bambini e Giovani colpiti dai conflitti armati: Ascoltare, Capire, Agire", in collaborazione con le Nazioni Unite e Save the Children Italia. Scopo dell'incontro è stato quello di approfondire la conoscenza della situazione dei bambini coinvolti nei conflitti armati attraverso il confronto tra i principali attori. L'incontro si è chiuso con la presentazione di raccomandazioni da parte del Network di giovani colpiti dai conflitti armati, raccomandazioni indirizzate alla Cooperazione Italiana e alle ONG italiane perché aumenti la partecipazione dei ragazzi alle attività in favore dei bambini coinvolti. Risultati importanti, come la liberazione di ventimila bambini e cinquemila bambine dalle forze armate ed il loro reinserimento nelle società di appartenenza, sono il frutto del lavoro e dell'impegno della comunità internazionale. Siamo intervenuti per valorizzare il sostegno italiano al progetto del DPKO (Dipartimento per le operazioni di peacekeeping dell'ONU) per la creazione di un modulo formativo uniforme in tema di protezione dei bambini, destinato al personale delle missioni di peace-keeping. L'Italia persegue naturalmente gli Obiettivi del Millennio della Nazioni Unite, i quali prevedono, tra l'altro, di ridurre la mortalità infantile, migliorare la salute materna e controllare l'espansione delle principali pandemie, tra le quali l'AIDS, la tubercolosi, la malaria e la poliomielite. Gli sforzi della Comunità internazionale hanno consentito sinora di ridurre le morti causate dalla malaria, che colpisce soprattutto i bambini nei Paesi dell'Africa Sub-Sahariana; di assistere un numero crescente di bambini malati di AIDS e di bambini orfani di genitori deceduti per AIDS; di limitare la trasmissione del virus dell'AIDS dalla madre infetta al neonato; di procedere nel programma di eradicazione della poliomielite, presente, ora, solo in un numero ristrettissimo di Paesi dell'Africa e dell'Asia centrale. Ma dobbiamo fare di più: ulteriori sforzi sono necessari per migliorare l'assistenza alle donne, prima e durante la gravidanza, in occasione del parto e durante il puerperio, con il duplice scopo di ottenere un miglioramento della salute materna ed una riduzione della mortalità perinatale. Il rafforzamento dei sistemi sanitari nei Paesi in via di sviluppo è necessario per garantire il diritto alla salute alle fasce meno protette della società (donne e bambini) e per ridurre l'inaccettabile differenza delle condizioni di salute dei bambini nei Paesi più poveri rispetto a quelle dei Paesi industrializzati. E questo è un obiettivo che perseguiremo con la massima cura.

Luciana Pedoto
Deputato, XII commissione (affari sociali)

Delusi, ma non sorpresi

L'Italia è ancora carente rispetto all'impegno di corrispondere la quota annuale al Fondo globale per la lotta all'Aids.

Aspetti epidemiologici in Europa

L'Aids costituisce un grave problema per la salute pubblica anche in Europa: nel 2008 sono stati più di 26.000 i nuovi casi diagnosticati di infezione da Hiv riferiti da 27 dei 30 Paesi dell'Unione europea e dell'Area economica europea (Eea), eccetto Austria, Danimarca e Liechtenstein, per i quali non sono disponibili dati. Il tasso di infezioni da Hiv più alto è stato riscontrato in Estonia, Lettonia, Portogallo e Regno Unito. Tra i 23 Paesi che hanno riportato i dati nel modo più rigoroso, dal 2000 al 2008, il numero annuo di nuovi casi diagnosticati è aumentato del 37%, passando da circa 13.000 a circa 18.000 casi. La principale modalità di trasmissione del virus Hiv nei Paesi Ue ed Eea è il sesso tra uomini (40%), seguito dai rapporti eterosessuali (29%). L'uso di stupefacenti per via parenterale è responsabile del 6% dei contagi. Nel 2008 il numero di casi di infezione da Hiv è aumentato, mentre l'incidenza dei casi di Aids conclamato è diminuita, fatta eccezione per i Paesi Baltici.

Le tre sotto-regioni europee Oms

I dati aggiornati del rapporto Aids epidemic update 2009 ci informano che, nel 2008, in molti Paesi dell'Europa occidentale si è registrato un crescente numero di nuove diagnosi di Hiv tra gay che hanno rapporti sessuali non protetti. Sono, invece, in calo le nuove infezioni tra i consumatori di droghe per via parenterale. In Europa centrale ed occidentale la prevalenza e l'incidenza dell'Hiv tra gli uomini sono doppie rispetto a quelle registrate tra le donne. Nel 2008, il 31% dei nuovi contagi è avvenuto nella popolazione femminile. All'interno della Ue sono i rapporti sessuali tra uomini il principale corridoio di trasmissione dell'infezione. Nel Regno Unito, tra il 2000 e il 2007, i nuovi contagi tra gli uomini che hanno fatto sesso con altri uomini sono cresciuti del 74%, mentre in Europa, tra il 2003 ed il 2007, l'aumento è stato del 39%. In Europa occidentale la trasmissione attraverso i rapporti eterosessuali è responsabile del 29% dei nuovi casi di infezione, mentre in Europa centrale ed occidentale il consumo di droghe per via parenterale è responsabile dell'8-13% delle nuove diagnosi. Per quanto riguarda la trasmissione da madre a figlio, in Svizzera nel 2008, ed in Olanda nel 2007, non è stato registrato alcun caso. Diversa la situazione nel Regno Unito, dove le nuove infezioni nei bambini esposti sono responsabili dell'1,4% dei nuovi contagi.

Europa orientale e Repubbliche dell'ex Unione Sovietica

Le epidemie sono concentrate in larga misura tra le persone che consumano droga per via parenterale, i lavoratori del sesso ed i loro molteplici partner sessuali. Delle nuove infezioni da Hiv, circa il 57% è attribuibile al consumo di stupefacenti per via parenterale. In Russia sono circa 1,8 milioni le persone che fanno uso di droga per via parenterale e, di questi, circa il 37% è Hiv positivo. Nel 2008, in Estonia, Repubblica nella quale, fino ad una decina di anni fa, tra i tossicodipendenti le infezioni da Hiv non erano state rilevate, la percentuale di persone infette è risultata pari al 72%. In Europa orientale, la trasmissione attraverso rapporti eterosessuali è la fonte di trasmissione del 42% dei nuovi casi. Con l'aumentare della trasmissione eterosessuale, anche le differenze di genere nella prevalenza dell'Hiv stanno andando attenuandosi. In Ucraina le donne rappresentano il 45% degli adulti che convivono con l'Hiv. La prevalenza dell'Hiv tra gli uomini che hanno avuto rapporti omosessuali varia a seconda dei Paesi ed è pari al 5,3% in Georgia, al 6% in Russia e tra il 10% ed il 23% in Ucraina. La trasmissione da madre a figlio ha giocato un ruolo relativamente poco importante in Europa orientale. La prevalenza dell'Hiv tra i detenuti supera il 10% in molti Paesi e in Lettonia le stime suggeriscono che essi rappresentano circa un terzo delle persone Hiv positive.

In Italia

Il Centro operativo Aids dell'Istituto Superiore di Sanità stima che in Italia siano 170-180.000 le persone con Hiv e circa 22.000 quelle affette da Aids. Un sieropositivo su quattro non sa di essere infetto. Rispetto a vent'anni fa, è diminuito il numero di persone infettate (circa 4.000 all'anno), ma, grazie ai progressi delle nuove terapie antiretrovirali, è aumentato quello delle persone sieropositive viventi. La principale via di trasmissione è costituita dai rapporti sessuali non protetti. Nel 2008 sono stati 6,7 i nuovi casi di Hiv diagnosticati ogni 100.000 residenti, con una maggiore incidenza al Centro-Nord. Secondo quanto riportano i dati relativi alla sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da Hiv, oggi attiva in 11 Regioni e Province italiane, le persone che scoprono di essere Hiv positive hanno un'età media di 38 anni per i maschi e di 34 anni per le femmine. In aumento i casi attribuibili a contatti eterosessuali ed omosessuali (74% di tutte le segnalazioni). Una diagnosi nuova su tre, inoltre, riguarda cittadini stranieri. In Italia sono stati segnalati oltre 62.000 casi di Aids, di cui quasi 40.000 letali. I casi di Aids risultano in diminuzione principalmente per effetto delle terapie antiretrovirali combinate, introdotte nel nostro Paese nel 1996. Nel 2009, per il 60% dei nuovi casi di Aids, la diagnosi di sieropositività è risultata tardiva ed è arrivata in concomitanza con la diagnosi di Aids. Ciò significa che solo un terzo delle persone con Aids ha avuto la possibilità di usufruire dei benefici delle terapie antiretrovirali prima della diagnosi.

www.epicentro.iss.it

Anche nel 2010 gli impegni dell'Italia per la lotta all'HIV sono rimasti solo impegni: vergati sulla carta o dichiarati davanti alle telecamere, non si sono tramutati in fatti. Quegli impegni sono insomma ancora intrappolati nell'inchostro e nei microfoni che li avevano raccontati al mondo, contribuendo, tra l'altro, ad alimentare speranze. Speranze che, purtroppo, dal nostro Paese sono state disattese: l'Italia non ha versato né i fondi del 2009, né quelli dell'anno in corso, né il surplus promesso al vertice del G8 all'Aquila dallo stesso Berlusconi. Detta in banconote, mancano 290 milioni di euro. Ma il resto del mondo non sta a guardare, e, dalle maggiori organizzazioni di lotta all'Hiv-Aids, è arrivata una tirata d'orecchie al Governo italiano. Una tirata d'orecchie sotto forma di lettera aperta, scritta per sottolineare l'assenza ed il silenzio tricolore. Davvero una pessima figura per il nostro Paese, che è stato tra i fondatori del Fondo Globale e di esso grande finanziatore. Dal canto loro, l'Osservatorio Italiano sull'azione globale contro l'Aids e Medici Senza Frontiere hanno espresso preoccupazione e chiesto un rafforzamento degli impegni. Si tratta di un contributo di 596 milioni di euro per il triennio 2011-2013. Perché combattere l'Aids resta un dovere di tutti. Ma l'Italia sembra sorda ai richiami internazionali. E le cose non vanno poi meglio a livello nazionale. Ad esempio, vorrei sapere, e lo chiedo al Ministro Fazio, che fine ha fatto lo spot dedicato ai giovani, firmato dal grande Ozpetek, che lo scorso anno il Ministero della Salute aveva sponsorizzato e lanciato come la rivincita delle campagne sociali e che, purtroppo, credo in pochi abbiano visto. Potrebbe il Ministro chiarire quali, quanti, a che ora, su quali reti sono stati i passaggi dello spot dedicato alla prevenzione dell'HIV? Se non riusciamo ad evitare le pessime figure a livello mondiale, cerchiamo almeno di non disertare l'impegno assunto verso le nostre giovani generazioni. "Possiamo vincere questa battaglia contro l'Aids se disporremo delle risorse necessarie - ha spiegato Michel Kazatchkine, direttore esecutivo del Fondo globale - Da qui ai prossimi 5 anni una generazione senza l'Hiv è realmente possibile se i governi continueranno a finanziare la lotta contro l'Hiv e l'Aids". Per l'Italia, anche se in ritardo, è giunto il momento dei fatti.

Sergio Dompé
Presidente Farmindustria

La promessa di una salute migliore

La ricerca ha permesso continui miglioramenti nella qualità della vita. Le nuove terapie hanno consentito una significativa riduzione della mortalità infantile. Anche l'AIDS, inizialmente incurabile, ha registrato un calo della mortalità superiore al 90%.



2009 si è scesi a circa 1.200 nuovi casi, dovuti soprattutto a trasmissione sessuale. L'attenzione delle imprese farmaceutiche sull'Aids è in costante aumento, come dimostrano i 97 prodotti in sviluppo fino ad oggi (di cui 54 antivirali e 23 vaccini). Inoltre, nella classifica tra quelli biotech in sviluppo per area terapeutica, questi medicinali occupano la quinta posizione (rapporto PhRMA).

Ma sono ancora molti i bisogni di cura non soddisfatti. Per continuare a raggiungere obiettivi di eccellenza e per rendere possibile lo sviluppo di terapie nuove e sempre più efficaci, che consentano a tutti di godere di prospettive e qualità di vita migliori, le imprese del farmaco lavorano duramente, mettendo in campo risorse, professionalità ed innovazione.

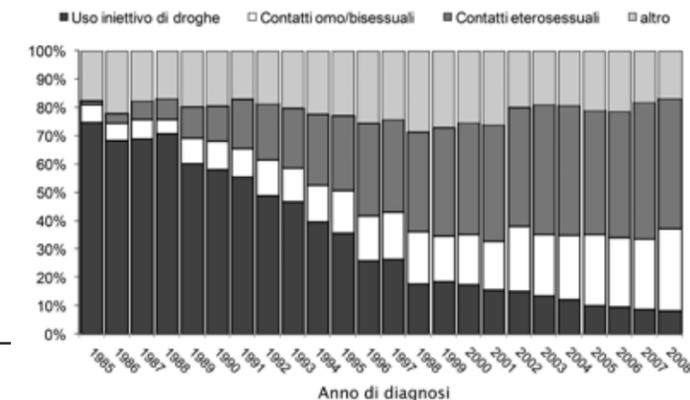
Il progresso sociale, economico e sanitario ha determinato cambiamenti importanti nella vita di ciascuno di noi. Negli ultimi 60 anni, nel nostro Paese si è guadagnato un mese di vita ogni quattro. E questo lo si deve, per il 40%, anche ai risultati della ricerca farmaceutica. Nuove terapie hanno infatti permesso una significativa riduzione della mortalità per alcune tra le principali patologie: tumorali (-17,6%), cardiocircolari (-35,6%), respiratorie (-23,1%) e dell'apparato digerente (-40,5%). Ma anche in ambito pediatrico dall'industria del farmaco arriva la promessa di una salute migliore. I numeri sono importanti. Secondo l'8° Rapporto Nazionale sulle Sperimentazioni cliniche dell'Aifa, sono 318 le sperimentazioni condotte su un campione di bambini fino a 12 anni e 364 quelle sugli adolescenti tra i 13 e i 18 anni. Sono inoltre 36 i prodotti in sviluppo per la cura di malattie genetiche, 33 per quelle infettive e 25 per le patologie tumorali. La ricerca ha permesso continui miglioramenti, sia con i grandi "salti" nelle cure, sia con l'innovazione incrementale e l'integrazione di diverse terapie. Si è così determinata una riduzione della mortalità infantile. Sono risultati che appaiono davvero sorprendenti. Anche l'Aids, inizialmente incurabile, grazie ai trattamenti disponibili ha registrato un calo della mortalità di oltre il 90% rispetto alla metà degli anni '80. Se nel 1995, in Italia, si è registrato un picco dell'epidemia, con oltre 5.000 nuovi casi, avvenuti prevalentemente per uso iniettivo di droghe, nel

Infezioni Hiv di nuova diagnosi per milione di abitanti in Euro-Asia per il 2008



Source: ECDC/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2008

Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione (Piemonte, Liguria, Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Bolzano, Trento, Sassari e Catania)



La terapia HAART

Nei Paesi occidentali, i successi terapeutici contro l'AIDS sono in gran parte dovuti ai risultati ottenuti dalla ricerca scientifica, che ha consentito di individuare farmaci dotati di potente attività antivirale. Occorre, tuttavia, tenere ben presente che le attuali strategie terapeutiche non consentono la guarigione dall'infezione, ma permettono solo di tenerla sotto controllo. A tal proposito, la comunità scientifica propone la terapia HAART (terapia antiretrovirale altamente attiva) contro l'infezione da HIV alle persone sieropositive sulla base dei cosiddetti "valori" dei linfociti T CD4+ (cellule del sistema immunitario) e della carica virale (numero di copie per millilitro di sangue). La terapia è in genere composta da più farmaci antiretrovirali, che permettono di ridurre la carica virale e migliorare la situazione immunitaria. Il medico potrà spiegare meglio quali sono le varie possibilità terapeutiche, i possibili effetti collaterali, le modalità di assunzione dei farmaci. Su mandato del Ministro della Salute al Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (CNAIDS-ISS), formalmente incaricato dal Ministro, sono state redatte le Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 (LG-HIV).

L'HIV/AIDS Italian Expert Panel (EP) è stato composto da membri della Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNA) e della Consulta delle Associazioni per la lotta contro l'AIDS (CAA) - organi consultivi del Ministero della Salute, e da esperti individuati dalla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT). L'obiettivo della LG-HIV è quello di fornire elementi di guida per la prescrizione della terapia antiretrovirale e per la gestione dei pazienti HIV-positivi agli infettivologi ed agli altri specialisti coinvolti nella gestione multidisciplinare del paziente in trattamento, nonché fornire un solido punto di riferimento per le associazioni di pazienti, gli amministratori, i decisori politici e, comunque, tutti gli attori coinvolti a diverso titolo. Gli argomenti sono stati derivati dall'analisi della letteratura scientifica, dalla valutazione comparativa di altri documenti di linee-guida e dall'esperienza clinica.

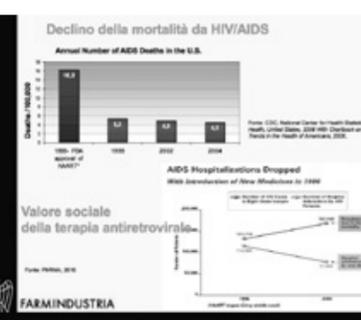
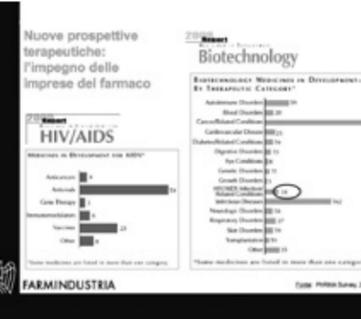
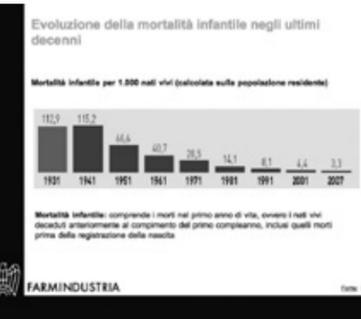
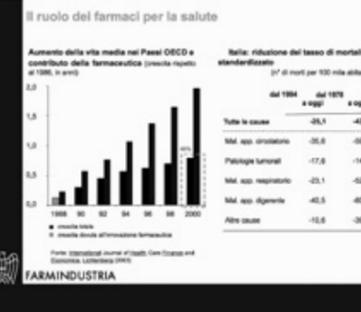
La parte principale è costituita da:

- inquadramento generale del paziente HIV;
- aspetti diagnostici viro-immunologici rilevati al fine della sua gestione;
- terapia;
- definizione del momento ottimale per l'inizio della terapia in rapporto alla fase della storia naturale al momento della diagnosi;
- opzioni preferenziali di farmaci e regimi per l'inizio della terapia nel paziente naive e per il mantenimento del successo terapeutico;
- gestione del fallimento virologico iniziale e dei fallimenti successivi;
- valutazione dell'aderenza al trattamento e della qualità di vita dei pazienti;
- gestione delle comorbidità infettive (tubercolosi, coinfezione da virus epatitici, infezioni opportunistiche) e delle tossicità farmacologiche;
- gestione delle comorbidità non infettive (complicanze metaboliche, cardiovascolari, renali, ossee, neurocognitive, psichiatriche, oncologiche) e degli aspetti di farmacologia clinica, in termini di farmacocinetica e farmacogenomica.

Sono stati quindi indicati i criteri fondamentali della gestione del paziente e della terapia in rapporto a condizioni particolari, quali gravidanza, tossicodipendenza e/o alcol-dipendenza, detenzione, o in popolazioni a cui porre particolare attenzione, quali l'anziano, la donna, il paziente immigrato, il paziente pediatrico, e situazioni specifiche, quali il trapianto di organo e la profilassi post esposizione.

I quesiti principali e i bisogni clinici sono stati rilevati dall'analisi delle aree controverse in cui la decisione clinica necessita maggiormente di criteri di riferimento e raccomandazioni, secondo il principio della medicina basata sulle evidenze.

Ministero della Salute



Fernando Aiuti

Professore Emerito Università degli Studi di Roma La Sapienza

L'importanza della terapia

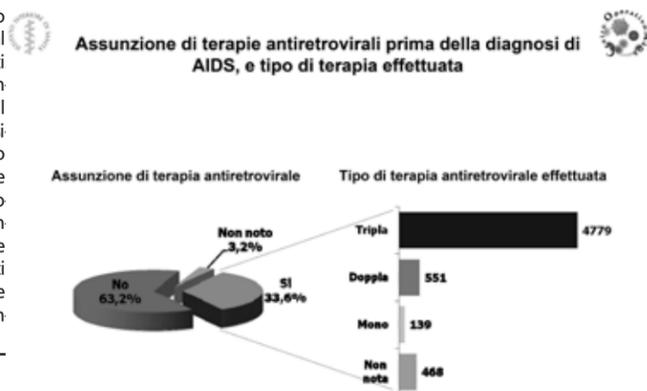
Una buona notizia viene dalla terapia antivirale. Oggi, grazie alla scoperta di tanti nuovi farmaci con diverso meccanismo d'azione, somministrati in cocktail, si è riusciti a ridurre gli effetti collaterali, a migliorare la tollerabilità e a prolungare l'efficienza nel tempo. Milioni di persone sono in trattamento e, grazie ai farmaci, godono di una qualità di vita discreta.



Nel mondo ci sono circa 34 milioni di persone affette da infezione da HIV. I bambini sono 3 milioni. Milioni di persone sono morte dall'inizio dell'epidemia. L'infezione continua a diffondersi nell'Africa subequatoriale, in India e nel Sud Est asiatico, ma con minore intensità rispetto agli anni '90. La diffusione dell'infezione è rimasta elevata in Sud Africa, Mozambico, Lesotho, Botswana, Nigeria. Nel 2008, si stima che si siano infettate 2,7 milioni di persone in tutto il mondo, mentre ci sono stati 2 milioni di morti per AIDS. Risulta purtroppo in aumentato la tubercolosi nelle persone con infezione da HIV (1,37 milioni di persone le vittime di questa infezione). Il 67% dei bambini con infezione da HIV vive nell'Africa subequatoriale. La diminuzione della diffusione è in gran parte dovuta alla terapia antivirale. Questa misura riesce a bloccare la progressione dell'infezione da HIV in AIDS, con conseguente riduzione dei morti, ma riesce anche a ridurre il contagio provocato dalle persone infette da HIV. Risultano determinanti anche le campagne di prevenzione, iniziate e sostenute con continuità in tutto il mondo, specialmente nei Paesi a rischio. Anche la trasmissione materno-infantile dell'infezione sta diminuendo, grazie alla terapia praticata durante la gravidanza, alle misure adottate in occasione del parto e con l'introduzione dell'allattamento artificiale. Un altro dato positivo è fornito dal numero di pazienti trattati con terapia antivirale: oggi, in Africa, sono almeno 5 milioni, contro il milione di 5 anni or sono. Buone notizie giungono anche dalla ricerca. Si è ri-

scontrato che esiste una piccola percentuale di persone (0,5% della popolazione infetta) nella quale è stata verificata una situazione clinica normale ed immunologica. Significa che questi soggetti non si sono ammalati dopo 25 anni dal contagio e continuano a vivere senza sottoporsi a terapia. Si tratta di persone dotate di un patrimonio genetico che le rende resistenti al virus HIV. Dallo studio della loro specificità si potranno trarre informazioni utili per lo sviluppo di nuovi farmaci e vaccini. Un'altra buona notizia proviene dalla terapia antivirale. Grazie alla scoperta di nuovi farmaci con diverso meccanismo d'azione, somministrati in cocktail, siamo riusciti a ridurre gli effetti collaterali, a migliorare la tollerabilità ed a prolungare l'azione nel tempo. Milioni di persone sono sottoposte a terapia e, grazie ai nuovi farmaci, godono di una qualità di vita discreta. Le eccezioni negative arrivano dai soggetti nei quali l'infezione da HIV è associata ad altre infezioni, quali l'epatite C, o a complicanze tumorali. In Italia, questa doppia infezione è molto diffusa, specie nei pazienti tossicodipendenti od ex tossicodipendenti, e richiede spesso un doppio trattamento antivirale per contrastare le due infezioni in atto. In questi casi, i rischi futuri sono costituiti dall'insorgenza di tumori e dalle complicanze cardiovascolari e renali, legate in parte all'infezione cronica ed in parte agli effetti collaterali dei farmaci. Fondamentale risulta essere la tempestività nella terapia antiretrovirale. Questa va iniziata quando le difese cominciano a diminuire e la replicazione virale si presenta molto elevata. Si è infatti rilevato che il numero dei linfociti CD4 (la popolazione di cellule colpita selettivamente dal virus HIV) e la viremia costituiscono due parametri irrinunciabili per la valutazione relativa all'inizio della terapia ed al follow-up dei pazienti. Durante il trattamento, può insorgere il problema delle resistenze ai farmaci. Esso è dovuto in gran parte all'assunzione incoostante o alle sospensioni programmate dai medici per eventi avversi o complicanze varie. Nessuna vacan-

za terapeutica può essere permessa se si vuole vivere bene e a lungo. E il vaccino contro l'AIDS, a che punto è? Recenti dati fanno ritenere che un vaccino preventivo può essere programmato. È stato dimostrato con un vaccino contro la proteina virale gp120, giunto alla fase sperimentale III, che sembra offrire una protezione efficace nel 31% dei vaccinati. Si tratta di un successo limitato, ma la performance può essere migliorata in futuro. La strategia sarà quella di costruire vaccini con diverse componenti del virus, usare immunogeni e adiuvanti più potenti e tentare la strategia vaccinale per uso locale, bloccando la penetrazione del virus nelle mucose genitali. I primi risultati sono incoraggianti e dimostrano che queste strategie vanno condotte con studi interdisciplinari, coinvolgimento dei vari Paesi ed utilizzo dei fondi internazionali. Non ci sono speranze, invece, per le ricerche condotte con l'impiego di vaccini contenenti un solo antigene. Un vaccino contro il TAT del virus HIV è stato sperimentato, a cura dell'Istituto Superiore della Sanità, da dieci anni sulle scimmie, mentre è iniziata da oltre 7 anni la fase I sull'uomo. Dopo il clamore iniziale, e dopo gli annunci ottimistici che avevano fatto sperare nel successo, ora non si sente più parlare di questo vaccino. Sembra che da due anni sia stata intrapresa la sperimentazione della fase II, con enormi ritardi ed investimenti importanti. Ma dopo l'annuncio dell'inizio della vaccinazione sui volontari, risalente a giugno 2008, nulla si è più saputo su una sperimentazione che si sarebbe dovuta concludere in poco più di un anno. Meglio trovare la strada della collaborazione internazionale, unire le forze e non sprecare i pochi fondi per la ricerca scientifica che oggi sono a disposizione.



Paolo Rossi

Professore ordinario, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Direttore del Dipartimento Pediatrico Universitario-Ospedaliero del Bambino Gesù.

Il vaccino: fra sogno e realtà

I possibili candidati al vaccino microbica sono stati reclutati e randomizzati in uno studio controllato. Le vaccinazioni sono iniziate nel 2009 e il progetto è stato supportato dal Programma Europrise, il Network d'eccellenza della Comunità Europea per lo sviluppo di un vaccino microbica per HIV. Due anni sono il periodo necessario per ultimare la schedula vaccinale.

Lo studio clinico denominato PEDVAC rappresenta la prima sperimentazione pediatrica al mondo con un vaccino terapeutico a DNA per HIV. La sperimentazione, condotta presso il Clinical Trial Center dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, rappresenta il primo tentativo di studiare una strategia di vaccinazione a DNA in bambini con infezione verticale mirata ad indurre una risposta immunitaria specifica verso il virus, permettendo un alleggerimento degli attuali schemi terapeutici. Sebbene l'introduzione della terapia antiretrovirale combinata HAART abbia modificato profondamente il corso naturale dell'infezione da HIV, riducendo significativamente la letalità e l'insorgenza della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ad oggi restano irrisolti alcuni aspetti significativi correlati all'infezione cronica da HIV. I farmaci antiretrovirali presentano numerosi effetti collaterali legati alla loro assunzione progressiva. Gli schemi terapeutici si caratterizzano spesso per complicate interazioni farmacologiche. La ridotta aderenza a regimi complessi è frequente, soprattutto in età pediatrica e durante la fase adolescenziale e si associa alla comparsa di farmaco resistenza. Risulta dunque prioritario elaborare nuove strategie terapeutiche per una migliore gestione dell'infezione da HIV in pediatria. Un'immunoterapia efficace, in grado di indurre una risposta cellulomediata HIV-specifica ed in grado di controllare la replicazione virale, potrebbe consentire periodi d'interruzione o alleggerimento della terapia antivirale, riducendone così la tossicità. L'im-

munoterapia con plasmidi a DNA codificanti per proteine di HIV costituisce una promettente strategia in questo senso. La somministrazione intramuscolare di DNA è in grado di determinare la presentazione prolungata della proteina codificante, inducendo immunità cellulare ed anticorpale specifica. I vantaggi di questo metodo risiedono nel fatto che lavorare con il DNA richiede una tecnologia semplice e poco costosa, al contrario di quanto è necessario per la manipolazione di vaccini proteici. Si possono facilmente creare le informazioni necessarie perché la cellula codifichi antigeni complessi, difficili da isolare o sintetizzare, ed è possibile variare rapidamente l'informazione in modo da codificare antigeni migliori con le opportune differenze strutturali. Utilizzando questa strategia, è stato sviluppato il vaccino utilizzato per la sperimentazione clinica PEDVAC. Il vaccino a DNA multigeno e multiclade per proteine di HIV, denominato HIVIS, è stato sviluppato dal gruppo del professor Britta Wahren e prodotto dalla Vecura del Karolinska Institut di Stoccolma. Il vaccino HIVIS codifica per proteine di HIV derivate da diversi clades virali. È cioè in grado di indurre risposte immunitarie specifiche anche verso ceppi virali circolanti in diversi continenti (Rollman E, 2005). Negli studi preclinici sugli animali, il vaccino HIVIS si è dimostrato in grado di indurre significative risposte immunologiche sia a livello mucosale, laddove avviene il primo contatto con il virus durante i rapporti sessuali con soggetti infetti, sia a livello sistemico. (De Vito 2004, Hinkula J 2006). Successivamente, questo stesso vaccino HIV è stato sperimentato dallo Swedish Institute for Infectious Disease Control del Karolinska Institut di Stoccolma su volontari adulti sani e soggetti HIV positivi, dimostrandosi sicuro e immunogenico (Sandstrom E, 2008). La sperimentazione clinica sul bambino infetto è iniziata ad aprile 2009, dopo un lungo lavoro per ottenere l'autorizzazione dalle autorità regolatorie (EMA, AIFA, comitato etico Ospedale Pediatrico Bambino Gesù). I possibili candidati al vaccino sono stati reclutati e randomizzati



in uno studio controllato. Le vaccinazioni sono iniziate nel 2009 ed il progetto è stato supportato dal Programma Europrise, il Network d'eccellenza della Comunità Europea per lo sviluppo di un vaccino microbica per HIV. Il supporto è proseguito per circa due anni, un periodo necessario per ultimare la schedula vaccinale. La corte di 20 bambini con infezione verticale (contratta al parto dalla mamma) HIV arruolata nello studio PEDVAC è stata precedentemente caratterizzata e valutata per la capacità di risposta immune (Pensiero et al. 2006, Palma et al. 2007 and 2008, Palma et al. 2009). Dopo l'arruolamento, i pazienti sono stati randomizzati in due gruppi: un gruppo di 10 bambini che ha mantenuto il trattamento HAART ed un gruppo di 10 bambini vaccinati con HIVIS-DNA per via intramuscolare, in aggiunta alla terapia HAART. Le immunizzazioni hanno avuto luogo alle settimane 0, 4 e 12 con una dose booster alla settimana 36. Diciotto dei venti bambini reclutati hanno raggiunto la 48esima settimana. I dati di safety hanno mostrato una buona tollerabilità alla vaccinazione con pochi e lievi eventi avversi (Palma P. 2010). Un'analisi preliminare dei dati immunologici ha evidenziato una maggiore reattività verso HIV nel gruppo immunizzato. Qualora i risultati venissero confermati, è in programma uno studio allargato multicentrico all'interno del network di eccellenza europeo PENTA per il trattamento dei bambini affetti da HIV, al fine di valutare l'efficacia dei vaccini a DNA nei bambini con infezione da HIV.

SCOPERTO IL VACCINO ANTI AIDS



Augusto Enrico Semprini

Ginecologo, immunologo riproduttivo e infettologo,
Presidente Creathe and ESHRE Task force on viral diseases in reproduction

Neonati sani

La scelta riproduttiva nei soggetti affetti da HIV presenta aspetti biologici, clinici ed etici del tutto particolari. Avere un figlio nelle coppie in cui uno od entrambi i partner siano HIV-positivi comporta sempre un rischio di contagio di un soggetto (partner o concepito) ancora non infetto.

L'infezione HIV colpisce prevalentemente soggetti in età fertile. Negli ultimi 15 anni, l'uso di terapie antiretrovirali ha apportato un notevole miglioramento nella qualità della vita dei pazienti HIV positivi. L'efficacia della terapia ha finalmente consentito a numerose donne HIV positive di poter esprimere e realizzare il desiderio di maternità che, negli ultimi anni, si è tradotto in un numero crescente di gravidanze e di bambini nati sani. Secondo il registro europeo, formato anche dal nostro Paese, i parti di donne HIV positive trattate con adeguate terapie antivirali risultano essere oltre 400 all'anno, con un tasso di trasmissione dell'infezione al neonato inferiore o uguale all'1%. La gravidanza non costituisce per se stessa una causa di diminuzione delle difese immunitarie che precedono lo sviluppo di complicanze infettive, sia nella gestante sana, sia in quella sieropositiva. La maggior parte delle gestanti HIV positive è infetta già da prima del concepimento. Sebbene esista il rischio di coinvolgimento embrio-fetale esteso su tutta la durata della gestazione, non si è osservato un aumento della percentuale di malformazioni, aborti o ritardo di crescita endouterina rispetto a quella delle gestanti sieronegative. L'uso simultaneo di diversi farmaci nel corso della gestazione e del parto ha riportato all'attenzione il problema della tossicità su madre e neonato, sebbene siano solo pochi i farmaci antiretrovirali con possibili effetti secondari. Quasi tutti i casi di AIDS pediatrico derivano quindi da infezione materno-fetale. Non si è mai osservata la nascita di un feto infetto per trasmissione diretta del virus di origine paterna senza infezione materna. Ciò suggerisce l'assenza di

un contributo paterno diretto alla trasmissione verticale. Il virus HIV viene escreto nel latte materno e l'allattamento al seno quasi raddoppia il rischio di infezione neonatale, costituendo un importante fattore di rischio per la trasmissione verticale dell'HIV madre-neonato. Nei Paesi industrializzati, questa evidenza ha portato a sconsigliare l'allattamento al seno a tutte le madri HIV-positivo. Nei Paesi indigenti, invece, il rischio di infezione da HIV deve essere valutato contro i rischi legati alla mancanza di acqua sterile e di latte in formula per la nutrizione neonatale. Diversi provvedimenti ostetrici, tra cui l'esecuzione del taglio cesareo, possono agire in modo sinergico al trattamento farmacologico nel limitare il rischio di infezione neonatale. I risultati ottenuti fanno sperare che in un prossimo futuro si possa ridurre a zero la trasmissione verticale del virus ed estinguere così la principale causa di AIDS pediatrico. La scelta riproduttiva nei soggetti affetti da HIV presenta aspetti biologici, clinici ed etici del tutto particolari. Nelle coppie in cui uno od entrambi i partner siano HIV positivi, decidere di avere un figlio comporta sempre un rischio di contagio di un soggetto ancora non infetto (partner o concepito). Nelle coppie sierodiscordanti, il soggetto sieropositivo può trasmettere l'infezione al partner sano durante i rapporti deliberatamente finalizzati al concepimento. Questo rischio sembra essere maggiore per la donna. La maggiore efficienza della trasmissione sessuale maschio-femmina deriva probabilmente dalla maggiore carica virale contenuta nello sperma rispetto ai liquidi cervico-vaginali. Nel caso di coppie formate da donna sieropositiva e maschio sano fortemente motivate ad

avere un figlio nonostante i rischi di infezione congenita del nascituro, la fecondazione può essere raggiunta tramite auto inseminazione. Molto più complesso è invece ottenere il concepimento nelle coppie HIV-discordanti per sieropositività maschile, data l'elevata possibilità di infezione tramite sperma infetto. Il rischio medio di infezione, uno per mille, spesso citato nei diversi editoriali sulla trasmissione eterosessuale del virus, potrebbe essere considerevolmente sottovalutato. Va inoltre considerato che la possibilità di concepimento per singolo rapporto è attorno al 16%. Dopo aver studiato oltre 1.000 coppie sierodiscordanti, abbiamo osservato che queste presentano frequentemente fattori di infertilità che possono comportare ripetuti rapporti prima che abbia luogo il concepimento o costituire un impedimento irreversibile, come nel caso di occlusione tubarica bilaterale o severa dispermia. Da più di dieci anni, ormai, il nostro laboratorio ha messo a punto una metodica combinata di filtrazione su gradiente, lavaggio spermatico e migrazione spontanea che rimuove dal seme sia la componente virale cellulare, sia quella libera nel plasma seminale. I risultati ottenuti ci hanno indotto ad offrire a queste coppie, che avrebbero comunque abbandonato l'uso del preservativo pur di ottenere un concepimento, la possibilità di mettere sotto controllo medico il rischio infettivo mediante trattamento spermatico ed inseminazione intrauterina in fase fertile. Più di tremila coppie sono già state trattate, in Europa ed in America, con madri rimaste sieronegative e bambini nati sani. Un problema rilevante che abbiamo dovuto affrontare è quello di coppie sierodiscordanti con fattori di infertilità incompatibili con il concepimento mediante inseminazione, a causa di ostruzione tubarica o grave dispermia. Tali coppie sono oggi assistite con programmi di fecondazione in vitro con seme del partner preparato precedentemente e sottoposto al trattamento di riduzione della componente virale. I Centri Clinici offrono consulenza ed assistenza riproduttiva a queste coppie ed eseguono una raccolta congiunta dei dati anonimi relativi alle coppie e al loro trattamento riproduttivo (www.Creatha.org). Il fine è il miglioramento della qualità e della disponibilità di servizi di concepimento sicuro per le coppie affette da HIV che desiderano avere un figlio. Gli aspetti etici di tutte le tecniche di fecondazione assistita hanno fatto discutere, e continueranno a far discutere, per la difficoltà di inserire la fertilità nel novero delle funzioni biologiche riconducibili alla salute dell'individuo.

EVVIVA LO SPOSO DA:



avere un figlio nonostante i rischi di infezione congenita del nascituro, la fecondazione può essere raggiunta tramite auto inseminazione. Molto più complesso è invece ottenere il concepimento nelle coppie HIV-discordanti per sieropositività maschile,

Angela Calluso

Presidente LILA - Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids - Bari

Neonati sieropositivi

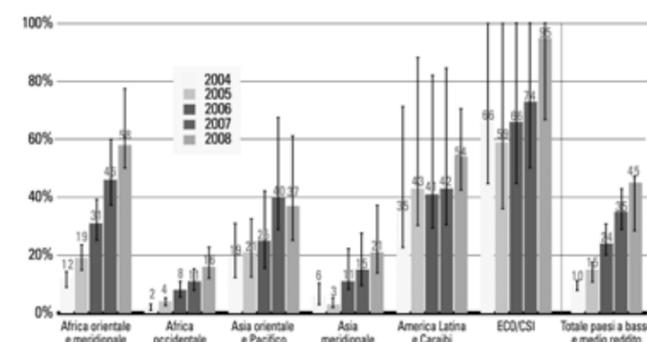
Purtroppo, l'Aids pediatrico tranne che in alcuni reparti di malattie infettive, è meno sentito come problematica rispetto all'infezione negli adulti. Questo anche per le terapie si traduce in un'oggettiva difficoltà perché le medicine sono tarate per gli adulti e non per i bambini, coi quali si procede a vista.

In Europa, la percentuale di trasmissione verticale dell'infezione da Hiv, ovvero da madre a figlio, ha mostrato un costante declino, negli ultimi anni. Si è passati da un'incidenza di infezione congenita da Hiv di circa il 25-30% di metà anni '80, al 3-8% di fine anni '90. Negli ultimi anni, in Italia, i casi di trasmissione materno fetale sono pressoché azzerati. Questo calo è avvenuto per diverse ragioni, principalmente per l'introduzione di modalità specifiche ed efficaci da parte del management ostetrico, ovvero il ricorso al parto cesareo, e per l'avvento di più efficaci terapie per madri e neonati. Nello stesso tempo, le maggiori conoscenze sulla modalità di trasmissione verticale dell'infezione da Hiv, e i risultati incoraggianti sulle possibilità terapeutiche, oltre alla constatazione che la popolazione emergente di donne sieropositive è spesso asintomatica e priva di fattori di rischio associati, hanno influenzato la scelta riproduttiva e l'attitudine verso la gravidanza delle donne con Hiv in età fertile, che si traduce anche in una tendenza in diminuzione nel numero di interruzioni volontarie di gravidanza. La sede di Bari della Lega Italiana per la lotta contro l'Aids si occupa attivamente delle donne hiv positive e dei loro nuclei familiari fin dal 1994, sottolineando la necessità di un valido supporto socio-psicologico e di un facile accesso a tutti i trattamenti medici. Allora, i volontari, ed in particolare le donne della sede, sieronegative, sieropositive e madri di bambini sieronegativi, avvertirono la necessità di essere vicine alle donne con maggiori difficoltà da affrontare, poiché la doppia condizione di madri e figli sieropositivi poneva e pone le donne in una posizione, rispetto alla vita, completamente diversa. Ancora oggi, dai gruppi di auto-aiuto emerge che avere un figlio sieronegativo, per una donna sieropositiva, significa prestare maggiore attenzione alla propria salute: porsi positivamente nei confronti della vita e delle sue difficoltà e curarsi non solo per se stesse, ma anche per continuare questo rapporto madre-figlio, evitando, per quanto possibile, traumatiche interruzioni. Nel caso, invece, di donne con Hiv con figli a loro volta sieropositivi, il virus può condizionare o addirittura interrompere la relazione materna: spesso, una donna sieropositiva con figli con Hiv

presta poca attenzione al proprio stato di salute, la sua vita è concentrata sulla malattia del bambino, e, se quest'ultimo peggiora, anche il genitore si lascia trascinare in una condizione di abbandono e di rassegnazione. I bambini possono avvertire questi sentimenti e peggiorare, soprattutto dal punto di vista psicologico: il rapporto diventa sofferto, madre e figlio si condizionano, perché il virus è riuscito a condizionarli. Purtroppo, l'Aids pediatrico, tranne che in alcuni reparti di malattie infettive, è meno sentito come problematica rispetto all'infezione negli adulti. Se, infatti, in una società contano soprattutto le cifre e non le persone, i bambini sieropositivi possono apparire "poca cosa", dato il numero molto minore di casi (ma a Bari, la sola Lila segue una trentina di nuclei familiari). Per le terapie si traduce in un'oggettiva difficoltà nella somministrazione delle terapie antiretrovirali, che sono tarate per gli adulti e non per i bambini, coi quali si procede a vista. A questa difficoltà, va aggiunto il fatto che, ancora oggi, ci si trova ad affrontare emergenze sociali legate a situazioni di disagio, emarginazione, povertà, degrado ambientale e socio-culturale riscontrabili sul territorio di Bari e provincia (e non solo). Ciò comporta che le attività relative a donne e bambini che devono convivere con l'Hiv debbano rappresentare interventi socio-sanitari integrati: gli ospedali di riferimento pediatrico devono collaborare con le associazioni di volontariato (e viceversa) e prevedere l'intervento congiunto di consultori, servizi per le tossicodipendenze, servizi sociali. Il punto più importante, e di partenza, per un servizio a favore dei bambini che vivono con l'Hiv è la conoscenza della famiglia in cui vivono, le sue caratteristi-

che, i suoi bisogni, e la conseguente attivazione dei servizi esistenti sul territorio. Famiglia, ospedale, medico di base, scuola, centri sociali e parrocchiali, vicinato (relazioni amicali), associazioni di volontariato, strutture pubbliche, ovviamente sempre nel rispetto della privacy del minore e della sua famiglia, sono e devono essere le realtà preposte ad un lavoro di équipe, necessario al mantenimento, se non al miglioramento, di una qualità di vita che sia corrispondente alle esigenze, ed ai diritti del bambino. Sono inoltre necessari interventi diversificati rispetto alla varietà di situazioni che un minore può affrontare. C'è il caso del bambino con Hiv con uno o entrambi i genitori sieropositivi o in Aids, al quale viene prestata molta o poca attenzione, in un nucleo che ha o meno un sostegno familiare più allargato. Oppure quello del bambino con Hiv che vive con i nonni, o con gli zii, o in una famiglia affidataria o adottiva. O un bambino con Hiv che ha i genitori tossicodipendenti, o detenuti. Bambini che si trovano ad affrontare anche altro, oltre alle problematiche relative alla malattia propria e dei propri genitori. Bambini che devono relazionarsi ad altri bambini, per cui diventa importante un programma mirato di socializzazione scolastica ed extrascolastica. Bambini per i quali è necessario limitare l'ospedalizzazione e l'allontanamento dai geni-

Andamento della percentuale delle donne incinte sieropositive che ricevono la profilassi antiretrovirale, per regione, 2004-2008



Nota: le linee nere indicano i confini incerti delle stime

Fonte: Le elaborazioni dell'UNICEF si basano sui dati raccolti attraverso la preparazione del PMTCT and Paediatric HIV Care and Treatment Report Card e pubblicati in *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector*.

tori quanto più possibile, con l'attivazione dell'assistenza domiciliare, medica o sociale, e con la creazione di case alloggio, uno spazio che accolga tutto il nucleo familiare. Di tutto questo parla chiaramente l'importante Carta dei Diritti del Bambino con Hiv, stilata nel 1992 e frutto di una consensus conference organizzata dal Gruppo di Immunologia della Società italiana di Pediatria, in collaborazione con la Clinica pediatrica dell'Università di Brescia. Un documento che chiunque si prende cura ed ha la responsabilità dei minori ha il dovere di far rispettare. Un documento per la creazione e l'attività di servizi e strutture che operino anche in favore dei minori che vivono con l'Hiv, senza creare ghetti pubblici, inserendoli in gruppi socializzanti già costituiti, promuovendo punti di aggregazione dove qualsiasi bambino, con qualsiasi problema, sia esso fisico o psicologico, possa essere inserito. Con un soste-

gno che deve essere corrispondente alla situazione precaria in cui vive. La rete sociale che gravita attorno ai bambini deve essere formata e informata, è questa la base per raggiungere l'obiettivo finale: il bambino che vive con l'Hiv ha gli stessi diritti di tutti gli altri bambini. Nel medesimo contesto, è importante tener conto anche dei bambini sieronegativi figli di persone sieropositive. Il bambino sieronegativo che si trova ad affrontare la problematica Hiv/Aids perché ha avuto o ha un genitore, o entrambi, sieropositivi, o in Aids, o deceduti per tale patologia, si trova molto spesso di fronte alle stesse difficoltà socio-economiche e psicologiche del bambino sieropositivo. Certamente, non aver problemi di ordine sanitario pone in una posizione migliore. Ma anche i bambini sieronegativi vivono o possono vivere la discriminazione, il disagio economico, l'abbandono, la solitudine, la malattia, la

morte. Per sostenere un bambino in una condizione di disagio è importante tenere ben presente che questi costituisce parte integrante di un nucleo, sia esso costituito da una sola persona o più. In conclusione, le politiche sociali, e le stesse associazioni, non devono procedere lavorando a compartimenti stagni. Occorre unità d'intenti perché il singolo non venga abbandonato a se stesso, ma benefici di risposte tali da rendergli la vita, seppur aggravata da disagi, alleggerita dai problemi che dispongono di soluzione. Occorre unità d'intenti per garantire una solidarietà concreta e per promuovere un lavoro comune strutturato secondo quanto prevede non solo la legge 135/90 (sui programmi di intervento per la prevenzione e la lotta contro l'Aids), ma la nostra stessa Costituzione, affinché tutti i cittadini, e a maggior ragione i bambini, godano di pari dignità.

Consigli per combattere l'AIDS

Come evitare la trasmissione dell'infezione per via ematica:

- evitare l'uso in comune di siringhe e aghi per l'iniezione di droghe;
- non sottoporsi ad agopuntura, mesoterapia, tatuaggi e piercing, se gli aghi utilizzati non sono monouso o non sono stati sterilizzati;
- per gli operatori sanitari, fare attenzione nel maneggiare ed utilizzare aghi e altri oggetti taglienti;
- per i medici, incoraggiare l'uso di autotrasfusioni e conformarsi in maniera rigida alle indicazioni per le trasfusioni di sangue.

Come evitare la trasmissione dell'infezione per via ematica sessuale:

- avere rapporti sessuali mutuamente monogamici;
- nel caso di rapporti occasionali (vaginali, orogenitali o anali), utilizzare il profilattico.

L'uso corretto del profilattico può annullare il rischio di infezione durante ogni tipo di rapporto sessuale, con ogni partner. Nei rapporti sessuali, il preservativo costituisce l'unica reale barriera protettiva per difendersi dall'Hiv. È necessario usare il preservativo all'inizio di ogni rapporto sessuale (vaginale, anale, orogenitale) e per tutta la sua durata. La pillola, la spirale ed il diaframma sono metodi utili a prevenire gravidanze indesiderate, ma non possiedono nessuna efficacia contro il virus dell'Hiv. L'uso di siringhe in comune con altre persone sieropositive costituisce un rischio di contagio. È pertanto necessario utilizzare siringhe sterili.

Le trasfusioni, i trapianti di organo e le inseminazioni, nei Paesi europei, sono sottoposti a screening e ad accurati controlli per escludere la presenza dell'Hiv.

Come non si trasmette il virus

Il virus non si trasmette attraverso:

- strette di mano, abbracci, vestiti;
- baci, saliva, morsi, graffi, tosse, lacrime, sudore, muco, urina e feci;
- bicchieri, posate, piatti, asciugamani e lenzuola;
- punture di insetti;

Il virus non si trasmette frequentando:

- palestra, piscina, docce, saune e gabinetti;
- scuole, asili e luoghi di lavoro;
- ristoranti, bar, cinema e locali pubblici;
- mezzi di trasporto.

Il test dell'Hiv

Per sapere se si è stati contagiati dall'Hiv, è sufficiente sottoporsi al test specifico per la ricerca degli anticorpi anti-Hiv, che si effettua attraverso un normale prelievo di sangue. Se si sono avuti comportamenti a rischio, è bene effettuare il test al termine del sesto mese dall'ultimo rischio di contagio (periodo finestra), poiché gli anticorpi anti-Hiv possono presentarsi anche entro sei mesi di distanza dall'esposizione al contagio. Bisogna tenere presente che durante il cosiddetto "periodo finestra" è comunque possibile trasmettere il virus, pur non risultando positivi al test. Per eseguire il test, nella maggior parte dei servizi sanitari, non serve ricetta medica. Il test è gratuito ed anonimo. Le persone straniere, anche se prive di permesso di soggiorno, possono effettuare il test alle stesse condizioni del cittadino italiano.

Le terapie

Oggi i medici propongono la terapia Haart (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) contro l'infezione da Hiv alle persone sieropositive, sulla base dei cosiddetti "valori" dei linfociti CD4 (cellule del sistema immunitario) e della carica virale (numero di particelle di Hiv nel sangue) che misura la velocità di replicazione dell'infezione. La terapia è in genere composta da più farmaci antiretrovirali che permettono di ridurre la carica virale e migliorare la situazione immunitaria. Nel 1987 è stato introdotto il primo farmaco antiretrovirale, la zidovudina (Azt), in grado di inibire l'attività della trascrittasi inversa, fondamentale per la replicazione dell'Hiv. Successivamente, si sono aggiunti il 3tc ed il D4t, come farmaci sinergici rispetto all'azione dell'Azt, ma anche altri inibitori della trascrittasi inversa, come la nevirapina e l'efavirenz, che agiscono con un meccanismo diverso. Nel 1997 è stata introdotta una nuova categoria di farmaci, gli inibitori della proteasi (come l'amprenavir), capaci di ostacolare l'enzima virale necessario per completare la sintesi del rivestimento esterno del virus. Accanto ai farmaci, sono in corso molti studi in diversi laboratori dislocati in tutto il mondo per mettere a punto un vaccino efficace, che possa associare un'azione preventiva ad una possibile azione terapeutica. Occorre tuttavia tenere ben presente che le attuali strategie terapeutiche non consentono la guarigione dall'infezione, ma permettono solo di tenerla sotto controllo. È quindi essenziale individuare nuove strategie terapeutiche, dotate di meccanismi di azione diversi da quelli di cui oggi disponiamo.

Alessandra Mastronardi

Attrice di varie fiction quali *I Cesaroni*, *Quelli di Roberta*, *Romanzo criminale*
Testimonial della campagna UNICEF contro l'AIDS "Segniamo un gol per l'Africa"

"Segniamo un gol per l'Africa"

Sapere di poter fare qualcosa, poter essere la piccola parte di un meccanismo che si potrebbe attivare per far cambiare le cose è una responsabilità che ho voluto assumere con gran cuore e fiducia. Penso che noi possediamo la consapevolezza e i mezzi necessari per divulgare messaggi mirati per far capire che il problema dell'AIDS è uno dei più grandi drammi che affliggono il mondo.



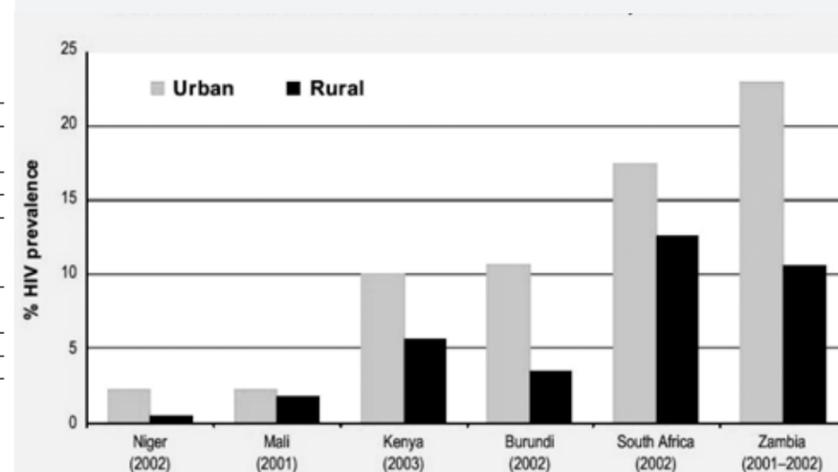
Circa il 60% delle donne incinte sieropositive vive nell'Africa Subsahariana. Lo scorso anno, 430.000 bambini hanno contratto l'HIV prevalentemente attraverso la "trasmissione verticale" del virus (da madre a figlio). Le possibilità di sopravvivenza per questi bambini sono minime perché non possono accedere alle terapie idonee a combattere la malattia. Pensate che più della metà dei bambini sieropositivi muore prima del compimento del secondo anno di vita. Si rendono quindi necessari interventi concreti, quali una corretta cultura e prevenzione nelle relazioni sessuali, la diagnosi precoce, la prevenzione della trasmissione da madre a figlio e l'accesso ad una corretta terapia antiretrovirale. Per vincere la partita più importante nella lotta all'AIDS è inderogabile garantire l'accesso universale a questi interventi. Perché ciò avvenga, è però fondamentale che tutti facciano squadra contro l'AIDS. La campagna "Segniamo un gol per l'Africa", legata ai mondiali di calcio svoltisi in Sudafrica, è stata un'iniziativa fondamentale per combattere l'epidemia. Chiunque abbia partecipato, sa di aver fatto parte di una squadra che ha investito le proprie forze nel far conoscere al mondo l'epidemia ed i risultati raggiunti dalla solidarietà umana. Essere la testimonial di questa campagna mi ha onorato. Sapere di po-

ter fare qualcosa, poter essere la piccola parte di un meccanismo che si potrebbe attivare per far cambiare le cose, è una responsabilità che ho voluto assumere con gran cuore e fiducia. Possediamo la consapevolezza ed i mezzi necessari per divulgare messaggi mirati per far capire che il problema dell'AIDS è uno dei più grandi drammi che affliggono il mondo. In particolar modo noi personaggi dello spettacolo dovremmo essere più sensibili a questi temi sociali e sfruttare i mezzi televisivi o la stampa, visto che abbiamo la possibilità di farlo, per diffondere importanti messaggi di sensibilizzazione. Dobbiamo farlo per costituire un esempio per l'opinione pubblica e per le famiglie. Non so quale sia stato il peso nel partecipare a questa iniziativa, ma sono certa che aspettare che qualcun altro si attivi nel nome di tutti gli altri non serve a cambiare il mondo. Ne sono consapevole e me ne sono resa conto quando sono stata contattata per essere testimonial. Ho notato molta partecipazione nella gente che passeggiava in Piazza del Popolo quando Samuel Peron ed io



raccoglievamo firme per l'Unicef. Ciò mi fa capire che questo tipo di iniziative dovrebbe triplicarsi: la gente desidera aiutare i più deboli, la cui voce non sempre viene ascoltata.

Prevalenza dell'HIV tra i 15-49 anni in aree urbane e in alcuni Paesi dell'Africa Sub-sahariana, 2001 - 2003



Vincenzo Spadafora
Presidente UNICEF Italia

"Uniti per i bambini, uniti contro l'AIDS"

Il Comitato Italiano per l'UNICEF ha assunto tra i propri impegni la promozione a livello nazionale della campagna perché il nostro Paese non manchi l'occasione di fornire il proprio contributo affinché questa sia l'ultima generazione di bambini costretta a sopportare il peso dell'HIV/AIDS.

Nel mondo, oltre 2,1 milioni di bambini sotto i 15 anni sono sieropositivi. La maggior parte ha contratto il virus attraverso la trasmissione da madre a figlio. In assenza di interventi di prevenzione, la percentuale di rischio che il bambino contragga l'HIV durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento al seno oscilla tra il 25 ed il 45%. Attualmente, la conoscenza scientifica ed un pacchetto di interventi di provata efficacia possono ridurre tale percentuale di rischio sotto la soglia del 2%. Tanto che, nei Paesi ad alto reddito, dove sono disponibili su larga scala gli interventi di prevenzione, si è arrivati all'eliminazione virtuale della trasmissione da madre a figlio dell'HIV. La prevenzione della trasmissione dell'HIV è una delle priorità della Campagna Uniti per i bambini, Uniti contro l'AIDS, lanciata dall'UNICEF e da UNAIDS nel 2005 per far sì che il problema dell'AIDS pediatrico sia posto al centro dell'agenda internazionale e i bambini non costituiscano più il volto nascosto della pandemia. Dalla fine degli anni '90, l'UNICEF gioca un ruolo di primo piano nella prevenzione della trasmissione madre-figlio ed è stato in prima linea nella promozione del primo progetto pilota di prevenzione. È altresì in prima linea nel promuovere la conoscenza e nel fornire il supporto tecnico affinché le strategie di prevenzione e cura dell'HIV pediatrico siano integrate nei programmi che promuovono la salute delle madri e dei neonati. Dalle prime iniziative pilota del 1998, in una sola decade di realizza-

GIOVANI (15 - 24 ANNI) SIEROPOSITIVI, 2008			
Regione	Femmine	Maschi	Totale
Africa orientale e meridionale	2.000.000	850.000	2.900.000
Africa occidentale e centrale	770.000	320.000	1.100.000
Asia meridionale	120.000	130.000	250.000
America latina e Caraibi	130.000	170.000	300.000
Asia orientale e pacifico	120.000	90.000	210.000
ECO/CSI	41.000	29.000	70.000
Medio Oriente e Nord Africa	45.000	44.000	89.000
Totale	3.230.000	1.640.000	4.900.000

Nota: eventuali incongruenze nelle somme sono da attribuirsi agli arrotondamenti
Fonte: 2009 AIDS Epidemic Update, UNAIDS e OMS, Ginevra

zione dei programmi di prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV, nei Paesi a basso e medio reddito, si sono ottenuti risultati positivi, tra i quali:

- la percentuale di donne incinte che effettuano il test per l'HIV è passata dal 7% del 2005 al 21% del 2008. Questo significa che, nei Paesi a basso e medio reddito, un maggior numero di donne è consapevole del proprio stato di salute e, di conseguenza, può intraprendere le cure necessarie;
- nel 2008, il 45% delle donne in gravidanza sieropositive, nei Paesi a basso e medio reddito, ha ricevuto i farmaci antiretrovirali per prevenire la trasmissione madre-figlio, rispetto al 15% del 2005. Ma in Africa, si ancora è molto lontani dal segnare il goal decisivo per sconfiggere l'AIDS. Per vincere la partita più importante nella lotta all'HIV/AIDS occorre garantire l'accesso universale ai servizi di prevenzione della trasmissione madre-figlio. Il Comitato Italiano per l'UNICEF ha assunto tra i propri impegni la promozione a livello nazionale della Campagna perché il nostro Paese non manchi l'occasione di fornire il proprio contributo affinché questa sia l'ultima generazione di bambini costretta a sopportare il peso dell'HIV/AIDS. Nel 2007, la Campagna ha raccolto l'adesione di altre undici Organizzazioni che operano per il rispetto dei diritti dell'infanzia: Amnesty

International - Sezione italiana, Anlaids, Archè, Cesvi, Cittadinanzattiva, Comunità di Sant'Egidio, Croce Rossa Italiana, LILA, Medici Senza Frontiere - Italia, Save the Children - Italia, Terre des Hommes - Italia. Grazie all'impegno dei volontari delle dodici Organizzazioni presenti nelle giornate del 14 e 15 aprile 2007 in 1.200 piazze italiane, è stato possibile raccogliere oltre 350.000 firme per chiedere al Governo italiano un impegno concreto per fermare l'HIV/AIDS pediatrico. Per lanciare tali giornate di mobilitazione, il 14 aprile 2007 si è svolta una cerimonia simbolica presso il Colosseo: un banner di 9x30 metri è stato appeso sul monumento per richiamare l'attenzione di tutti i cittadini sul tema dell'HIV pediatrico. Nel dicembre del 2007, una delegazione della Campagna "Uniti per i bambini, Uniti contro l'AIDS" è stata ricevuta a Palazzo Chigi dall'allora Presidente del Consiglio dei Ministri Romano Prodi. Anche nel 2010 la Campagna è tornata nelle piazze italiane con una mobilitazione tenutasi il 22 e 23 maggio scorsi. È stato chiesto al Governo italiano di aumentare i fondi per la lotta all'HIV/AIDS. La mobilitazione si è inserita nella campagna "Un gol per l'Africa", lanciata in occasione dei mondiali di calcio in Sudafrica su proposta della Federazione Italiana Gioco Calcio. In soli due giorni di mobilitazione, i volontari dell'UNICEF presenti in circa 500 piazze in tutta Italia hanno raccolto oltre 55.000 firme, un risultato importante che ha rilanciato il tema dell'HIV/AIDS all'attenzione della società e delle istituzioni.



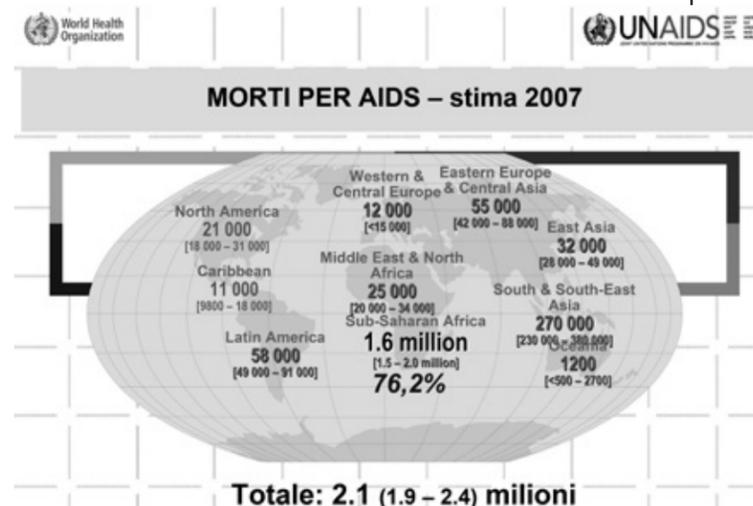
Silvia Mancini
Programmes officer MSF
Responsabile della campagna per l'accesso ai farmaci essenziali di Medici Senza Frontiere Italia

È tempo di osare di più

L'HIV/AIDS è un'emergenza sanitaria globale che richiede ancora una risposta eccezionale e un rinnovato e continuo impegno da parte dei donatori, dei governi e delle industrie farmaceutiche affinché possa essere affrontata in maniera adeguata.

Nel mondo ci sono circa 2,1 milioni di bambini affetti da HIV/AIDS. Di essi, il 90% vive nell'Africa Sub-Sahariana. L'impatto dell'HIV/AIDS è devastante: secondo UNAIDS, l'AIDS uccide ogni anno circa mezzo milione di bambini, ogni giorno più di mille, ed ogni minuto un bambino al di sotto dei 15 anni viene infettato dall'HIV. I bambini orfani a causa dell'HIV/AIDS sono più di 15 milioni. Sono vittime di stigmatizzazione e discriminazione sociale. Per tutti i bambini che vivono con genitori malati aumenta inoltre la povertà e, quindi, l'impossibilità di nutrirsi correttamente, andare a scuola e curarsi. Nonostante le tragiche proporzioni di questa emergenza, gli sforzi per contrastare la malattia tra i bambini dei Paesi in via di sviluppo sono assolutamente insufficienti, sia per la vulnerabilità e la debolezza strutturale dei sistemi sanitari di questi Paesi, sia per la mancanza di strumenti e farmaci adatti. Nove bambini su dieci contraggono il virus dalla madre. Oggi, nei Paesi industrializzati, grazie anche alla diffusione delle terapie che impediscono la trasmissione materno-fetale del virus, ci sono pochissimi bambini sieropositivi. La profilassi con farmaci antiretrovirali durante la gravidanza, l'utilizzo del taglio cesareo e l'esclusione dell'allattamento materno hanno ridotto i tassi di trasmissione. La situazione è diversa nei Paesi con risorse limitate, nei quali devono essere promosse strategie di profilassi semplificate e che tengano in considerazione la necessità dell'allattamento materno in relazione agli alti tassi di morbidità e mortalità associati all'allattamento artificiale. La prevenzione della trasmissione madre-figlio del virus dell'HIV ha ottenuto ottimi risultati nei Paesi ricchi. Diventa una sfida importantissima in contesti poveri di risorse. L'importanza dei programmi di prevenzione non deve però far dimenticare che, se non curato, il 50% dei bambini che nasce con HIV muore entro i due anni di vita. Sono troppo pochi i bambini che ricevono cure adeguate - solo il 10% di quelli che ne avrebbero effettivamente bisogno - e ciò è dovuto, in larga misura, all'inefficacia degli strumenti di diagnosi e cura. È difficile diagnosticare l'HIV nei neonati in Paesi con risorse limitate perché il test per scoprire gli anticorpi, normalmente utilizzato per gli adulti, non funziona con i bambini al di sotto dei 18 mesi. Le apparecchiature ed i test esistenti per la diagnosi del virus nei soggetti di età inferiore ai 18 mesi sono troppo costosi ed utilizzano una tecnologia troppo avanzata per i Paesi in via di sviluppo. Il ritardo nella diagnosi diminuisce le possibilità di sopravvivenza del bambino entro i 2 anni di età. Da anni l'associazione umanitaria internazionale Medici Senza Frontiere (MSF) denuncia un fatto inaccettabile: trattare un bambino sieropositivo è molto più difficile e costoso che trattare un adulto. L'esperienza di MSF (l'organizzazione umanitaria ha iniziato a curare i bambini affetti da HIV/AIDS nel dicembre del 2000 e, negli ultimi 5 anni, ha curato circa 10.000 bambini di età inferiore ai 15 anni e 4.000 al di sotto dei 5 anni) dimostra che i bambini possono essere curati efficacemente. Le formulazioni pediatriche di antiretrovirali sono ancora poche e, soprattutto, non sono pensate per le realtà e gli ostacoli che si devono affrontare nei Paesi meno sviluppati. Fino a pochi anni fa, le terapie semplificate a dose fissa combinata (dette FDC, fixed dose combination) che riuniscono in una sola pillola i diversi principi attivi necessari a tenere il virus sotto controllo, e che nel trattamento dell'HIV/AIDS per gli

adulti hanno rappresentato un notevole passo avanti, non esistevano per i bambini. La prima terapia pediatrica semplificata approvata e, pertanto, qualitativamente garantita, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è stata immessa sul mercato sei anni dopo quella per gli adulti. Attualmente, esistono solo 7 terapie pediatriche a dose fissa combinata approvate dall'OMS o dalla Food and Drug Administration (FDA, l'ente governativo statunitense che si occupa della regolamentazione dei prodotti farmaceutici) contro le 60 disponibili per gli adulti. Su 22 farmaci approvati dalla FDA statunitense e disponibili per gli adulti, 6 non hanno alcuna indicazione pediatrica e di 7 non esiste alcuna formulazione adeguata per i bambini. Non esistono neanche trattamenti adeguati per la co-infezione da tubercolosi nei bambini. L'efavirenz, un antiretrovirale fondamentale per trattare i pazienti sieropositivi con una co-infezione da TB e registrato negli Stati Uniti sin dal 1998, non ha ancora sviluppato dati affidabili e di qualità per il suo utilizzo nei bambini di età inferiore ai 3 anni. La mancanza di formulazioni pediatriche adeguate si spiega con il fatto che i bambini non rappresentano un mercato appetibile per le industrie farmaceutiche. Nei Paesi occidentali ci sono pochissimi bambini sieropositivi. Nel resto del mondo, gli oltre 2 milioni di potenziali consumatori non possono pagare le cure personalmente e vivono in Paesi dove i servizi sanitari non possono farsene carico per loro. I bambini rappresentano le vittime più silenziose e trascurate di questa pandemia. Qualunque governo, istituzione, organizzazione, che intenda dare una vera risposta all'epidemia di HIV/AIDS dovrà confrontarsi con questi temi. Lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici e lo sviluppo di formulazioni farmaceutiche adatte ai bambini nel contesto dei Paesi poveri restano fondamentali per ridurre le dimensioni di questa emergenza. L'impegno per la diminuzione della mortalità infantile, a più riprese annunciato dalla comunità internazionale, va onorato e non proclamato con la consapevolezza che non verrà mai assunto.



Silvia Mancini
Programmes officer MSF

Responsabile della campagna per l'accesso ai farmaci essenziali di Medici Senza Frontiere Italia

Salviamo i bambini

Gli sforzi per contrastare la malattia tra i bambini dei Paesi in via di sviluppo sono assolutamente insufficienti, sia per la vulnerabilità e la debolezza strutturale dei sistemi sanitari di questi Paesi, sia per la mancanza di strumenti e farmaci adatti.

Immaginate una piccola clinica situata in una remota valle tra le montagne, senza elettricità, che offre trattamenti antiretrovirali contro l'HIV/AIDS a chi ne ha bisogno, mantenendo le persone in salute e in vita. Un infermiere specializzato, un addetto al trasporto dei campioni di sangue in laboratorio, farmaci ben stoccati ed immagazzinati: questo è tutto ciò che serve per cambiare la vita delle persone e della comunità in cui vivono. In Lesotho, i trattamenti antiretrovirali sono oggi parte integrante di un programma per la cura dell'HIV/AIDS in nove centri di assistenza sanitaria di base su dieci. Fino a pochi anni fa, le persone si domandavano come e se il Paese sarebbe sopravvissuto, con le scarse risorse allora a disposizione per combattere uno dei più alti tassi di prevalenza di HIV al mondo. Medici Senza Frontiere (MSF) è stata testimone di questa incredibile trasformazione, resa possibile grazie al supporto ed alle risorse esterne dispiagate a sostegno dell'azione portata avanti dal governo del Paese. Oggi, ci troviamo ad un bivio. Non solo in Lesotho, ma, più in generale, nella risposta globale all'HIV/AIDS. Alle nostre spalle abbiamo un decennio in cui è stato dimostrato che fornire cure efficaci per l'HIV/AIDS in Paesi poveri non era solo possibile, ma rimandava risultati clinici concreti e conseguenze fondamentali per la vita degli individui e delle comunità. Tuttavia, in quello che dovrebbe essere l'anno di svolta nella risposta all'HIV/AIDS, si riscontra un preoccupante disimpegno dei donatori internazionali. Si rischia di vanificare tutti gli sforzi ed i successi conseguiti negli ultimi anni. La diminuzione degli stanziamenti sta già avendo effetti tangibili, che si concretizzano nel ritardo o, addirittura, nell'impossibilità di fornire le cure. Tutto questo in un momento in cui la domanda continua ad aumentare e le nuove raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suggeriscono un inizio precoce della terapia farmacologica per limitare i tassi di mortalità e la possibile trasmissione di patologie importanti quali la tubercolosi. Queste nuove indicazioni prevedono un aumento dei costi e l'utilizzo di farmaci nuovi e più costosi. I prezzi ridotti, ottenuti grazie all'avvento di antiretrovirali generici, la cui qualità ed equivalenza terapeutica sono state attestate dall'OMS, hanno favorito l'accesso ai farmaci ad un numero sempre più elevato di persone, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Per la maggior parte dei Paesi poveri, la possibilità di avere accesso a versioni "generiche" meno costose dei farmaci ha rappresentato un elemento indispensabile per poter far fronte ai problemi di salute pubblica in modo efficace. Tuttavia, oggi, con un livello sempre crescente di brevetti sui farmaci essenziali nei Paesi chiave di produzione, come l'India, questo processo è a rischio. L'accesso a nuovi farmaci è diventato ancora più difficile ed ha reso la terapia di seconda linea, ne-

cessaria per i pazienti in cui insorgono resistenze del virus al trattamento di prima linea, di gran lunga più costosa della terapia di prima linea (fino a 3 volte il trattamento di prima linea). Per molti Paesi, questo si traduce nell'impossibilità di curare i malati e pregiudica l'inclusione di nuovi pazienti nei programmi. Il monopolio legato al brevetto ritarda l'introduzione di equivalenti generici di farmaci esistenti. Ne mantiene, perciò, alti i prezzi. Un esempio è il Raltegravir, un nuovo farmaco antiretrovirale indicato dall'OMS come terapia di terza linea. Viene prodotto anche in India sotto brevetto e i suoi produttori sembrano non voler fare molte concessioni in termini di sconti a favore dei Paesi in via di sviluppo. È pertanto fondamentale che la comunità internazionale identifichi meccanismi efficaci e semplici, che garantiscano ad ogni Paese la possibilità di acquistare a basso costo i farmaci essenziali. Forme di tutela come le licenze obbligatorie (strumento che permette ad un governo, in presenza di un serio problema di salute pubblica, di produrre o importare un farmaco senza l'autorizzazione del detentore del brevetto) sono meccanismi fondamentali per sormontare le barriere esistenti e mitigare gli effetti negativi che i brevetti farmaceutici causano all'accesso ai farmaci essenziali. In questo modo, nel 2007, l'emissione di una licenza obbligatoria da parte del Brasile sul farmaco Efavirenz ha permesso al sistema sanitario di risparmiare circa 30 milioni di dollari ogni anno. Soldi che sono stati impiegati per sottoporre un maggior numero di persone al trattamento antiretrovirale. Le case farmaceutiche, dal canto loro, possono contribuire a far fronte alla crisi inserendo i brevetti che detengono sui farmaci contro l'HIV/AIDS nel patent pool di UNITAID. Il patent pool è un meccanismo che permette la condivisione di un certo numero di brevetti detenuti da più soggetti e, in cambio di un equo pagamento delle royalties, li rende disponibili agli altri membri del consorzio. I quali, di conseguenza, li possono produrre o sviluppare ulteriormente. La gestione collettiva di brevetti fornirà l'opportunità di ridurre i costi per i farmaci di prima e seconda linea già esistenti e accelererà lo sviluppo e la commercializzazione di medicine più accessibili per i Paesi in via di sviluppo, tra cui nuove combinazioni in dosi fisse e formulazioni pediatriche. L'HIV/AIDS è un'emergenza sanitaria globale che richiede ancora una risposta eccezionale e un rinnovato e continuo impegno da parte dei donatori, dei governi e delle industrie farmaceutiche affinché possa essere affrontata in maniera adeguata. La crisi economica non può e non deve impedire ai donatori di ignorare le prove scientifiche che dimostrano come la diffusione e l'introduzione precoce della terapia antiretrovirale riducano l'incidenza dell'HIV ed i tassi di mortalità e di infezione nelle comunità colpite. È fondamentale reperire i fondi indispensabili per implementare le nuove direttive dell'OMS e colmare il divario che attualmente esiste tra gli standard di cura nei Paesi in via di sviluppo e in quelli sviluppati. È inoltre necessario che i farmaci essenziali siano disponibili in modo adeguato, tempestivo e sostenibile. Vanno poi adottate politiche e provvedimenti che tutelino la salute pubblica e riducano l'impatto dei brevetti sull'accesso a terapie salvavita. L'introduzione di una tassazione sulle transazioni finanziarie internazionali, oggi al centro di innumerevoli dibattiti, dovrebbe prevedere la destinazione di una parte del gettito alla salute. Ciò metterebbe infatti a disposizione un finanziamento a lungo termine sostenibile e prevedibile, indispensabile per l'acquisto di nuove terapie antiretrovirali. Questo è il momento di osare, non di retrocedere rispetto agli impegni assunti in passato. La conferenza internazionale di Vienna deve fornire un segnale chiaro in questa direzione.

E' UN PROBLEMA GIGANTESCO!



Cesare Beghi
Professore Associato di Cardiochirurgia
Presidente del Centro Universitario per la Cooperazione Internazionale
Delegato del Rettore per la Cooperazione Internazionale Università degli Studi di Parma

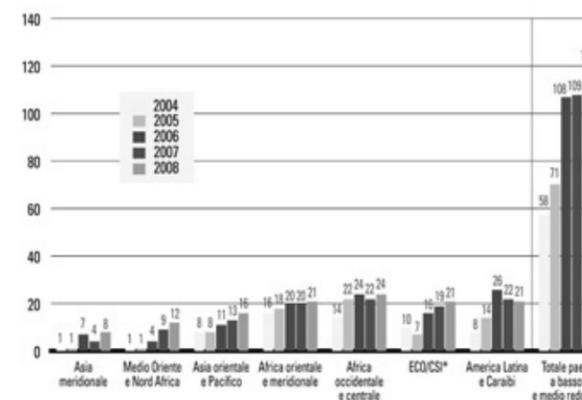
"Il triangolo delle Bermuda"

Si dice che l'Africa sia la culla dell'umanità, che tutto il bene e tutto il male abbiano trovato la loro genesi in questo continente e che nella guerra tra il bene ed il male, quest'ultimo abbia non solo vinto, ma stravinto.

Africa. Paradiso e inferno. Luce abbagliante e piogge torrenziali. I sorrisi ingenui dei bambini e la follia delle donne stuprate. La fame di cibo e la fame di denaro. L'onestà e la corruzione. C'è tutto in Africa. Si dice che l'Africa sia la culla dell'umanità, che tutto il bene e tutto il male abbiano trovato la loro genesi in questo continente e che, nella guerra tra il bene ed il male, quest'ultimo abbia non solo vinto, ma stravinto. Ho viaggiato molto nel continente africano. La recente spedizione di Overland 12, vissuta nelle vesti di coordinatore responsabile del team medico e dei progetti umanitari, in collaborazione con la Direzione Generale per la Cooperazione e lo Sviluppo del MAE, mi ha regalato questa incredibile opportunità: vivere i misteri, le contraddizioni, le meraviglie dell'Africa. Non mi considero, tuttavia, un esperto. Non ne ho la presunzione perché i veri esperti sono coloro che spendono gran parte della loro esistenza condividendo tutto l'arcobaleno dei sentimenti con gli Africani. Mi riferisco ai missionari, quelli che vestono, pregano e vivono come Gesù, tra i più poveri, ai medici, che laggiù hanno eliminato dal loro vocabolario parole come "marchetta", liste d'attesa e alta tecnologia. Il bello dell'Africa, in fondo, è proprio questo: chi resiste esplora il meglio di sé fino a diventare un'altra persona, più essenziale. Ad ogni mio ritorno in Patria, vivo sempre una richiesta pressante di impressioni e di ricordi. La prima risposta, da sempre quella che vale, è: lo sguardo ridente dei bambini. Poi, tutto il resto. In ordine sparso. Ma i bambini... i bambini sono un'altra cosa. Sono la speranza, la speranza di vedere quel loro sorriso spontaneo rimanere per sempre nei loro occhi e non tramontare come il sole, nel passare inesorabile del tempo. L'AIDS ha spento prematuramente molti di questi sorrisi in modo ancor più drammatico che non gli eccidi o le epidemie. È la madre stessa che ha dato la vita a dare anche la morte. Tragedia nella tragedia. Ho intitolato questo articolo "AIDS, bambini, Africa: il triangolo delle Bermuda" perché in questo triangolo affondano, scomparendo, molte delle nostre certezze, molti dei nostri dogmi, molte delle nostre arroganze di scienziati e politici. Perché il vortice che risucchia tutto è generato dall'avidità di chi vuole mantenere uno stato di miseria e fame, di chi soffia sulla brace per scatenare l'incendio delle guerre, di chi professa l'astinenza sessuale e non il preservativo quale prevenzione dalle "brutte malattie". Un giorno, durante la spedizione Overland, sono andato a visitare un centro per la prevenzione della malnutrizione infantile, accompagnato dal collega medico e da un cameraman. Un centro sito in una città che non nominerò, di uno stato che non citerò, gestito in modo fantastico da suore il cui ordine rimarrà sconosciuto perché ritengo sia poco importante ed eventualmente fuorviante su quanto sto per raccontarvi. Ho visitato, al seguito di una suora, la bellissima struttura (per lo standard africano) e ho ascoltato con molto interesse, anche scientifico, quanto veniva fatto in quel centro per curare la malnutrizione, piaga dell'infanzia africana al pari della denutrizione. Ho voluto subdolamente, e anche un pò diabolicamente (il contesto ecclesiastico aveva stimolato la mia vena di fanciullo birichino) entrare nel tema della prevenzione della mortalità materno-infantile, arrampicandomi sul terreno scosceso e dissestato dell'AIDS. Alla domanda ingenua in modo impertinente, ed anche un pò folle, per usare un eufemismo, su cosa ne pensasse dell'uso del preservativo quale metodo di prevenzione, si è scatenato l'inferno sotto i riflettori della cinecamera. Con una trasformazione dei tratti somatici, la suora (chiedo a Dio di perdonarmi per questo)

mi ha risposto che, al di là del peccato intrinseco al condom, sono gli stessi Africani a decretarne l'inefficacia. Avrei voluto chiedere la marca. Magari era solo questione di bassa qualità del prodotto. Mi sono prudentemente fermato. Ho chiuso repentinamente la porta dell'inferno prima di bruciare anch'io e ho cambiato argomento. Ho capito molte cose, soprattutto che l'AIDS farà compagnia all'Africa e giocherà con i suoi bambini per molto tempo ancora. Siete mai stati nei campi profughi di Goma (Congo), nelle baraccopoli di Kariobangi (Nairobi-Kenia), in quelle di Philami (Città del Capo - Sud Africa), alla periferia di Addis-Abeba (Etiopia) o in altri gironi danteschi africani? Avete mai camminato su strade lastricate di sporcizia, dando la precedenza a ratti così grossi da avere anche la targa, ma rigorosamente non assicurati? Avete mai visto bambini vestiti di mosche? Avete provato a contare quante persone vivono in un tugurio? Io ci sono stato, ci ho camminato, li ho visti, li ho contati. E ho pianto. Ma questa è la cosa più disperatamente inutile che si possa fare. E ciò ti angoscia ancor di più. Prima di scrivere questo articolo, essendo un cardiocirurgo e non un infettivologo, ho contattato i miei amici. Quelli che hanno pianto anche loro, e magari si sono anche feriti nel curare un malato terminale di AIDS. Ho chiesto a loro dei dati, dei grafici, della bibliografia. Poi ho pensato che, di numeri e curve, i bambini africani non hanno bisogno. Ho deciso di aprire me stesso e trasmettere, attraverso queste righe, forse anche banali, la mia verità. È solo la cronaca di un viaggiatore, dotato degli occhi di un bambino bianco, benestante, forse un pò viziato, come lo siamo tutti noi del Nord del mondo. Un bambino bianco che ha incontrato un bambino nero, povero, forse un pò ammalato, come lo sono tutti nel Sud del mondo. Ah, dimenticavo. Da un manifesto pubblicitario, spudoratamente decorato con il simbolo del Ministero della Sanità del Camerun e visto a Bamenda: "Dott. Prof. P.N. Hagwoh's, cura follia, mal di schiena, reumatismi cronici, mal di testa, cecità, epilessia, gonorrea, malaria, convulsioni, bruciori di stomaco, AIDS, e protegge dagli spiriti maligni e dalle stregonerie". Non lasciamoli soli. Maaari qualche consiglio buono possiamo ancora darlielo.

Numero di Paesi a basso e medio reddito per cui sono disponibili dati sulla PMTCT* e sulle cure e i trattamenti per l'AIDS pediatrico, 2004 - 2008 *preventing mother-to-child transmission (MTCT)



* include Paesi ad alto reddito: Lettonia, Polonia e Ungheria per il 2007; Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia e Ungheria per il 2008.
Fonte: UNICEF global database, 2009

Giulio Maria Corbelli

Ufficio stampa di Anlaids (Associazione nazionale lotta AIDS)

Lucia Palmisano

Consigliere scientifico Anlaids

Ammalati e discriminati

Non si tratta solo della scarsa disponibilità di formulazioni pediatriche dei farmaci antiretrovirali, ma anche dello stigma e della discriminazione verso le persone affette da Hiv, che rendono difficoltosa una corretta gestione della terapia, quando disponibile, o scoraggiano l'esecuzione del test, ancora troppo poco diffuso in età pediatrica.

L'Aids è una drammatica patologia per milioni di individui in tutto il pianeta, ma è ancora più violenta quando colpisce i bambini. Il decorso dell'infezione nei soggetti in età infantile è particolarmente rapido. Si stima che in più della metà dei casi la sopravvivenza non arrivi a due anni, in assenza di una terapia appropriata. D'altra parte, la gestione clinica dei soggetti appartenenti alla fascia di età compresa tra poche settimane e 18 anni non è facile: molti sono i problemi che emergono, sia nella fase di diagnosi, sia in quella di individuazione e somministrazione della terapia. Generalmente, la diagnosi avviene poco dopo il parto. La maggior parte dei bambini, infatti, contrae l'infezione dalla propria madre durante la permanenza nell'utero o nel momento stesso del parto. Nei Paesi ad alto reddito, queste modalità di trasmissione sono state drasticamente contenute negli ultimi anni. Le strategie per la prevenzione della trasmissione maternofetale si basano sulla somministrazione della terapia antiretrovirale alla madre durante la gravidanza e sul ricorso al parto cesareo. Esiste anche una terza, importante, via di trasmissione dell'Hiv dalla mamma al bambino: l'allattamento al seno. Ancora una volta, nei Paesi industrializzati, l'utilizzo del latte artificiale ha ridotto drasticamente il rischio di trasmissione attraverso il latte materno. Nei Paesi poveri, invece, il problema è molto più ampio: l'allattamento materno fornisce al neonato anticorpi ed altri fattori protettivi dei quali

non può fare a meno. A tutt'oggi, sembra che l'approccio più corretto, in queste condizioni, si basi sulla somministrazione della terapia antiretrovirale alle madri per tutta la durata dell'allattamento. Per poter mettere in campo una strategia preventiva è comunque necessario diagnosticare per tempo lo stato sierologico della madre. Purtroppo, può accadere anche nel nostro Paese, soprattutto fra le donne straniere, che la diagnosi venga effettuata solo in sala parto. Naturalmente, ciò limita le possibilità di intervento per ridurre il rischio di trasmissione. La situazione è ancora più grave nei Paesi a risorse limitate, dove è molto più complessa l'individuazione delle madri sieropositive e la messa in atto di misure efficaci a scopo preventivo (terapia antiretrovirale alle madri, parto cesareo, allattamento artificiale, ecc). Ne consegue un numero molto più alto di neonati sieropositivi rispetto ai Paesi industrializzati, nei quali la nascita di un bambino Hiv+ è diventato, oggi, un evento molto raro. C'è poi un altro aspetto del problema: il test sul neonato di madre sieropositiva va effettuato al più presto dopo la nascita. Si tratta di un approccio indispensabile per evitare di iniziare la terapia in una fase avanzata della malattia, quando potrebbe non risultare più efficace. Nei Paesi ad alto reddito sono generalmente disponibili test per la diagnosi precoce, come la PCR, che consentono di individuare l'infezione anche dopo poche settimane dalla nascita. Ma nelle zone povere del pianeta, dove nascono molti più bambini con l'infezione, sono disponibili solo i test in grado di rilevare gli anticorpi, come il comune test ELISA. Questi test diventano attendibili tardivamente, a volte anche a 18 mesi dal parto, quando il bambino ha maturato tutto il tempo per sviluppare la sua risposta anticorpale contro il virus e può essere quindi diagnosticato. L'alternativa è quella di inviare un campione di sangue opportunamente conservato presso il più vicino laboratorio che disponga di tecniche per la diagnosi precoce. Ma anche questa si rivela una procedura che, in alcuni Paesi, può richiedere diverse settimane e risultare difficoltosa per problemi di conservazione e trasporto del sangue. Una volta diagnosticata l'infezione, occorre intervenire con la terapia antiretrovirale: come accade per gli adulti, anche per i bambini la comunità

scientifica si è interrogata a lungo su quale fosse il momento migliore per iniziare il trattamento. Se, da un lato, i farmaci sono in grado di rallentare drasticamente l'evoluzione dell'infezione, dall'altro sorgono preoccupazioni relative agli effetti avversi a lungo termine provocati da una terapia che, presumibilmente, dovrà essere praticata per tutta la vita. Da tenere presente, inoltre, che se il trattamento antiretrovirale non è efficace al 100% è possibile la comparsa di ceppi virali resistenti ai farmaci. Negli adulti, il criterio di riferimento per l'inizio della terapia è legato allo stato del sistema immunitario, in particolare alla concentrazione nel sangue dei linfociti CD4, componenti del sistema immunitario che costituiscono il principale bersaglio del virus. In molti Paesi si consiglia di iniziare il trattamento quando la loro concentrazione scende sotto la soglia di 500 cellule per millilitro, anche se, fino a poco tempo fa, il valore limite era 350. In ogni caso, quando il valore è compreso tra 350 e 500 CD4 per millilitro, tutte le Linee Guida suggeriscono di iniziare il trattamento. Riferirsi al numero di cellule CD4 per stabilire lo stato di salute del sistema immunitario di un bambino non è però un approccio altrettanto semplice, dal momento che esso varia fortemente, soprattutto nei primi 5 anni di età. Per questo motivo, si preferisce fare riferimento alla percentuale di CD4 all'interno dell'intera popolazione linfocitaria, individuando la soglia del 20-25% per i bambini fino a 18 mesi di età. Negli ultimi anni, però, la disponibilità di farmaci più efficaci ha ridotto drasticamente la possibilità di sviluppare ceppi resistenti. La loro minore tossicità ha inoltre reso i benefici di una terapia precoce probabilmente prevalenti rispetto ai rischi di effetti indesiderati a lungo termine. Per questo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, così come molte linee guida nazionali ed internazionali, comprese quelle italiane pubblicate nel luglio del 2010, raccomandano di iniziare la terapia nei bambini sieropositivi di età inferiore ai due anni indipendentemente dal loro stato clinico o immunologico. Questo approccio è basato prevalentemente sui risultati dello studio CHER, condotto in Sud Africa, nel quale sono stati confrontati bambini che iniziavano la terapia immediatamente dopo la diagnosi e bambini che la iniziavano solo quando la



Aspetti epidemiologici nei Paesi in via di sviluppo

I dati aggiornati di Aids epidemic update 2009, il rapporto di Unaid e Oms sull'epidemia di Aids, stimano che nel 2008 siano 33,4 milioni le persone affette da Hiv, 2,7 milioni quelle che hanno appena contratto il virus e 2 milioni quelle decedute per malattie correlate all'Aids.

Nel mondo

Nel 2008, nell'Africa Sub-Sahariana, la regione più seriamente colpita dal virus dell'Hiv, sono state registrate circa 1,9 milioni di nuove infezioni da Hiv, con una significativa riduzione a partire dal 2001. In quest'area vivono 22,4 milioni di persone affette da Hiv (il 67% del totale mondiale) ed è qui che si registra il maggior numero di decessi per Aids (72% delle morti registrate a livello mondiale). Il tasso di nuove infezioni da Hiv è sceso in numerosi Paesi, ma è aumentato in altri. Sul numero totale di persone affette da Hiv nel mondo, la metà sono donne.

Africa sub-sahariana e Asia orientale

Nel 2008, la regione Sub-Sahariana è risultata, in assoluto, la più colpita dal virus dell'Hiv, con il 67% di tutte le persone affette da Hiv nel mondo, il 68% delle nuove infezioni tra gli adulti ed il 91% delle nuove infezioni tra i bambini. Si stima che nel 2008, in questa regione, siano state infettate 1,9 milioni di persone, portando a 22,4 milioni, il numero di persone che vivono con l'Hiv. In Asia, secondo le stime, sono 4,7 milioni le persone affette da Hiv e circa 350.000 le nuove infezioni ogni anno. Mentre nel 2008 il numero di morti per Aids nell'Asia meridionale e mediorientale è stato del 12% inferiore rispetto al picco di mortalità del 2004, il tasso di mortalità nell'Asia orientale continua a crescere e nel 2008, rispetto al 2000, è più che triplicato.

Medio Oriente e Nord Africa

Le limitate informazioni disponibili per Medio Oriente e Africa del Nord indicano che nel 2008 erano circa 310.000 le persone affette da Hiv e che sono stati 35.000 i soggetti che hanno contratto il virus di recente. Anche se nella regione la prevalenza della malattia è ancora piuttosto bassa, e si concentra nelle popolazioni a rischio, non mancano le eccezioni: a Gibuti e in Sudan, ad esempio, la prevalenza di Hiv tra le donne incinte è dell'1%.

America del Nord, Europa occidentale e centrale

In queste regioni, sono 75.000 le persone infettatesi nel 2008 e 38.000 quelle decedute per malattie correlate all'Aids. Su entrambe le sponde dell'Atlantico, il numero stimato di persone affette da Hiv continua ad aumentare grazie ad un ampio accesso alla terapia antiretrovirale. La prevalenza e l'incidenza delle infezioni all'interno della popolazione maschile sono pari a più del doppio di quelle all'interno della popolazione femminile e in molti Paesi le minoranze etniche sono più colpite rispetto al resto dei cittadini.

Europa orientale e Repubbliche dell'ex Unione Sovietica

L'Europa orientale e l'Asia centrale sono le uniche regioni in cui la prevalenza dell'Hiv è in crescita. Nel 2008, le nuove infezioni sono state 110.000 ed il numero di persone che vive con l'Hiv è salito a 1,5 milioni, con un aumento di circa il 66% rispetto al 2001. L'accesso alle terapie antiretrovirali è stato potenziato in molti Paesi, ma solo il 22% delle persone che necessiterebbero di trattamenti è stato effettivamente sottoposto alle terapie.

America Latina e Caraibi

Nel 2008, in America Latina si sono registrate 170.000 nuove infezioni da Hiv e 77.000 decessi per malattie correlate all'Aids. Il numero totale di persone affette da Hiv è pari a 2 milioni. La copertura con trattamenti antiretrovirali in America Latina è sopra la media (nel 2008 è stata valutata attorno al 54%) e la trasmissione del virus dell'Hiv si è verificata soprattutto tra gay, sex workers e, in misura minore, tra tossicodipendenti che consumano droga per via parenterale. Nel 2008, nei Caraibi, erano 240.000 le persone affette da Hiv, 20.000 quelle che avevano contratto il virus di recente e circa 12.000 quelle morte per malattie correlate all'Aids. Dopo una fase di declino registrata nel decennio scorso, l'incidenza dell'Hiv sembra essersi stabilizzata. La prevalenza dell'Hiv nell'area varia sensibilmente da Paese a Paese: a Cuba è molto bassa (sebbene in crescita), alle Bahamas è decisamente elevata (3%). Notevoli i risultati ottenuti nell'accesso alle terapie: nel 2008 la copertura è stata pari al 51%.

Oceania

Si stima che nel 2008 siano 59.000 le persone che vivono con l'Hiv in Oceania. Di queste, quasi 4.000 hanno contratto il virus di recente. L'area più interessata dall'epidemia di Hiv è Papua Nuova Guinea, dove il numero di nuove infezioni è in crescita. Anche nelle isole Fiji le infezioni sono in aumento, mentre nella Nuova Caledonia sono in diminuzione.

www.epicentro.iss.it

percentuale dei CD4 era scesa al di sotto un certo livello o in presenza di sintomi clinici. Lo studio ha evidenziato che il rischio di morte per i bambini che iniziavano immediatamente il trattamento era inferiore del 76% rispetto all'altro gruppo. Un altro problema di non facile soluzione è la scelta della terapia iniziale, la quale deve, in ogni caso, comprendere tre farmaci per evitare che il virus sviluppi ceppi resistenti. I dubbi si riferiscono soprattutto al dosaggio ed alle formulazioni. I farmaci, infatti, vengono sviluppati attraverso sperimentazioni che coinvolgono pazienti adulti e, per ovvi motivi etici, oltre che pratici, è estremamente raro riuscire a studiare i dosaggi efficaci in soggetti di età infantile. Così, spesso, si fa riferimento alla convinzione che i bambini siano dei "piccoli adulti", impiegando dosi di medicinale proporzionali al peso. Nella maggior parte dei casi, si dividono semplicemente le pillole destinate agli adulti. Ma l'organismo di un bambino è molto differente da quello di un adulto, è in continuo cambiamento ed è in continua crescita. Sono pochi gli studi di farmacocinetica infantile, gli studi che valutano le reazioni dell'organismo infantile a dosi diverse di farmaco. La maggioranza delle informazioni disponibili riguardano solo soggetti di età compresa tra i 6 e i 18 anni, mentre mancano informazioni sulla fascia neonatale, quella più sensibile. Altro aspetto delicato è quello relativo alle formulazioni: chiedere ad un bambino molto piccolo di inghiottire una pillola può costituire impresa molto difficile, e anche rischiosa. Per questo motivo, si punta a formulazioni più comode, come sciroppi, sospensioni o creme. Come se non bastasse, la maggior parte dei farmaci anti-Hiv ha un sapore molto sgradevole, soprattutto in formulazione di sciro-

po. Anche per questo Anlaids, come altre associazioni di lotta all'Aids, ha sempre sostenuto tutte le iniziative di ricerca svolte da istituzioni o aziende farmaceutiche e mirate ad individuare dosaggi e modalità di somministrazione adatte all'età pediatrica. Si tratta di una strategia indispensabile per raggiungere risultati a lungo termine che possano confermare e migliorare quelli raggiunti finora nella riduzione della mortalità e nel miglioramento delle condizioni di salute dei bambini che convivono con l'Hiv. Secondo uno studio brasiliano, i tre quarti dei bambini in terapia erano vivi dopo 4 anni. Secondo un altro studio, condotto su 586 bambini in 14 Paesi africani ed asiatici, invece, l'82% era vivo dopo due anni di terapia. Ma non sono gli studi scientifici a fornirci la prova più solida dell'efficacia della terapia nei bambini: le dimostrazioni più toccanti provengono da chi, dopo aver conosciuto bimbi in fin di vita a causa dell'infezione da Hiv, li ha visti irrobustirsi e migliorare il proprio stato di salute dopo poche settimane di trattamento. Sono momenti di così profonda commozione da premiare i tanti sforzi che numerose organizzazioni non governative, inclusa Anlaids, compiono in aree difficili del mondo per aiutare i piccoli figli (spesso orfani, purtroppo) di madri che vivono con l'Hiv. Nonostante le istituzioni internazionali lavorino incessantemente contro le barriere economiche, infrastrutturali e culturali che limitano la diffusione del test e del trattamento anti Hiv, centinaia di migliaia di bambini muoiono ogni anno. Non si tratta solo della scarsa disponibilità di formulazioni pediatriche dei farmaci antiretrovirali, ma anche dello stigma e della discriminazione verso le persone affette da Hiv, che rendono difficoltosa una corretta gestione della terapia, quando disponibile, o scoraggiano l'esecuzione del test, ancora troppo poco diffuso in età pediatrica. Basti pensare che, nel 2009, solamente il 6% dei bambini nati da madre sieropositiva sono stati testati per l'Hiv entro i primi due mesi di vita. Qualche passo avanti, invece, si è registrato negli ultimi anni per quanto riguarda la diffusione dei farmaci nelle zone più povere del pianeta: nel dicembre 2006 si è ottenuta una riduzione di oltre il 45% del prezzo delle formulazioni pediatriche di alcuni farmaci antiretrovirali. Ciò ha permesso di rendere disponibili 19 molecole diverse per i bambini dei Paesi a risorse limitate. Grandi speranze giungono anche dalla possibilità di avere, in futuro, co-formulazioni di più molecole in un solo prodotto farmaceutico, più facile da assumere anche per i pazienti più piccoli. Nel frattempo, la battaglia per la disponibilità di farmaci pediatrici continua incessantemente. Alla fine del 2009, un milione e 27 mila bambini necessitano di trattamento terapeutico. Nonostante i progressi registrati negli ultimi anni, nei Paesi a basso o medio reddito, solo il 29% l'ha effettivamente ricevuto.

Laura McCullagh

Campagna per l'Accesso ai Farmaci Essenziali di MSF - Medici Senza Frontiere

Proteggiamo le nuove generazioni

"Cerchiamo di persuadere, senza forzare. Alcune non vogliono aderire al test prima che i loro partner non siano a conoscenza della loro condizione...alcuni partners sono lontani, vivono, ad esempio, in Sudan. Così le donne decidono senza di loro perchè pensano soprattutto al futuro dei loro bambini".

"Quando sono rimasta incinta e ho saputo di essere sieropositiva, ho pensato che l'unica soluzione fosse abortire. Poi sono andata in clinica, ho deciso di tenere il bambino e mi sono sentita forte di questa decisione. Gli ultimi due test per l'HIV che ho fatto al mio bambino sono risultati negativi. Questo è ciò per cui sto lottando ora. Vivo nella lunga attesa del giorno in cui, finalmente, tutto questo sarà confermato". Cristina è la mamma della piccola Nancy, che ha tre mesi. Ha dato alla luce la bimba nell'Health Center di MSF in Madi Opei, Uganda del Nord. È un luogo remoto del Paese, con le montagne del vicino Sudan che incombono all'orizzonte. C'è quasi solamente energia solare e non c'è acqua corrente. Il Paese ha sofferto, negli ultimi vent'anni, di lunghi conflitti tra le forze governative e i ribelli del Lord's Resistance Army. Cristina ha appreso della sua sieropositività prima di sapere di essere incinta. Era disperata, ma quando è arrivata alla clinica a Madi Opei, ha accettato di seguire il programma di prevenzione per la trasmissione da madre a figlio (PMTCT) ed è qui che ha partorito. Ora sta aspettando di sapere se sua figlia ha l'HIV.

Persuadere, non obbligare

In Uganda, le donne partoriscono in casa, con tutti i rischi che tale scelta comporta rispetto alla completa assenza di assistenza prenatale. È per questa ragione che sono stati compiuti enormi sforzi per convincere ed educare le donne a rivolgersi alle cliniche, sia nella fase prenatale, sia in quella relativa al parto, attraverso visite domiciliari di assistenti sanitari e trasmissioni radiofoniche informative. Il Madi Opei Health Centre ha registrato un aumento vertiginoso nel numero delle puerpere che si rivolgono al reparto prenatale. Alcune vengono addirittura dal lontano Sudan, circa venti chilometri di viaggio. Quando arrivano, vengono accolte e viene proposto loro di sottoporsi al test dell'HIV. Jaspas Adotto, infermiera responsabile dello sviluppo del programma di prevenzione per la trasmissione materno-infantile (PMTCT), spiega: "Cer-

chiamo di persuadere, senza forzare. Alcune non vogliono aderire al test prima che i loro partner non siano a conoscenza della loro condizione... alcuni partners sono lontani, vivono, ad esempio, in Sudan. Così, le donne decidono senza di loro, perché pensano soprattutto al futuro dei loro bambini". Le donne, inoltre, si sottopongono al test CD4. Misura la forza del loro sistema immunitario, così da sapere se è necessario che vengano messe sotto trattamento con antiretrovirali per salvaguardare anche la loro salute. Il test non può essere eseguito in clinica. I prelievi vengono pertanto inviati all'ospedale locale di Kitgum. A volte ci vogliono due settimane prima di avere i risultati. Questo significa dover chiedere alle donne di tornare di nuovo per i controlli e per avere i risultati, e questa è una delle maggiori sfide del programma in una clinica che ha un bacino di utenza molto ampio, considerate le distanze che devono essere coperte. Se qualcuna non si presenta all'appuntamento, gli assistenti sanitari andranno a domicilio - nel caso in cui la donna abbia fornito il consenso per proseguire il trattamento - per capire cos'è accaduto e per incoraggiare la donna a tornare in clinica. Un'altra sfida importante è quella di far sì che le future mamme accedano alla clinica il prima possibile, per seguire un programma di cura prenatale, come spiega Edna Acayo, Dirigente Medico del Ministero della Salute: "Molte donne non vogliono venire durante i primi tre mesi. Se potessimo scoprire in tempi stretti se una donna dev'essere sottoposta a trattamento antiretrovirale, questo ci aiuterebbe almeno a ridurre il più possibile il rischio di trasmissione del virus ai loro bambini".

Trattamento permanente per le madri
A tutt'oggi, la clinica sta attendendo l'approvazione ufficiale

per poter attivare la terapia triplice - una combinazione di tre antiretrovirali per le donne incinte, indipendentemente dallo stato dei loro CD4 - raccomandata dalle nuove linee guida del 2009 del WHO. Peter Ocwik, Dirigente Supervisore della clinica per MSF, ha registrato enormi benefici: "Qui le persone pensano di dover mettere al mondo molti bambini. Questo significa che iniziano e sospendono il trattamento antiretrovirale in occasione di ogni gravidanza, aumentando così il rischio di sviluppare resistenza ai farmaci. Se si potesse proporre ad una futura mamma la somministrazione permanente della terapia triplice combinata, si potrebbe contribuire enormemente all'abbassamento della carica virale (viremia) ed alla significativa riduzione della trasmissione del virus nel caso di una successiva gravidanza. Cosa che, peraltro, sta già avvenendo in altre zone dell'Uganda". Il parto in clinica è sempre atteso con grande gioia, ma è spesso anche accompagnato dall'incertezza sulla sieropositività del neonato. In mancanza di test pediatrici adeguati, non è possibile diagnosticare con certezza la presenza del virus dell'HIV prima del diciottesimo mese di vita del bambino, con il rischio che la diagnosi tardiva si traduca in un rischio di mortalità più elevato. I test eseguiti alla sesta settimana, a sei e diciotto mesi, sono test molecolari altamente sofisticati, che non possono essere fatti sul posto. Ciò significa che le mamme devono aspettare e tornare più volte per ottenere i risultati. Peter Ocwik sostiene che sia molto dura



XVIII conferenza internazionale sull'Aids

2 settembre 2010 - La protezione dei diritti umani è il prerequisito fondamentale per una risposta efficace contro l'Hiv. Questa la convinzione alla base della XVIII conferenza internazionale sull'Aids, tenutasi a Vienna dal 18 al 23 luglio 2010, rivolta a policy makers, persone infette dal virus e a tutti coloro che lavorano in questo settore. L'incontro ha consentito di fare il punto della situazione, prendendo in esame le scoperte scientifiche e le lezioni apprese sull'argomento e proponendo nuove strategie per il futuro. Tre i punti fondamentali trattati: prevenzione, trattamento e assistenza sanitaria. Obiettivi principali dell'evento sono stati: spingere i governi a continuare a finanziare la lotta contro l'Hiv/Aids nonostante la crisi economica globale e mettere in evidenza la connessione tra diritti umani e diffusione della malattia.

Le proposte dell'Oms

La strategia nazionale Hiv/Aids degli Stati Uniti è stata presentata alla conferenza, propone l'estensione del trattamento per l'Hiv anche a quegli individui che, pur essendo infetti, non hanno ancora manifestato la malattia. Cominciare il trattamento in una fase più precoce consentirebbe non solo di ridurre la mortalità del 20% e migliorare la vita di queste persone, ma anche di abbassare la loro carica virale, riducendo la probabilità di contagiare altri soggetti. Le persone che alla fine del 2009 hanno ricevuto il trattamento nei Paesi a medio e basso reddito sono state 1,2 milioni in più rispetto ai 4 milioni dell'anno precedente. L'Oms propone di estendere il trattamento nel 2010 a 15 milioni di persone nel mondo, contro i 10 milioni precedentemente stimati.

L'impegno degli Stati Uniti

La strategia nazionale Hiv/Aids degli Stati Uniti è stata presentata dall'ufficio nazionale per le politiche sull'Aids (Onap) nell'ambito di un incontro pubblico, ed è stata diffusa attraverso vari canali mediatici. Il Presidente Barack Obama ha rilasciato una dichiarazione ed ha inviato una lettera alla popolazione in cui ne descrive i punti salienti. I tre obiettivi primari della strategia sono: ridurre il numero di contagi, facilitare l'accesso dei malati alle cure mediche per migliorarne la salute, ridurre le disuguaglianze sociali responsabili dell'elevata incidenza dell'Hiv in determinati gruppi di popolazione.

Il rapporto dell'Ecdc - rapporto epidemiologia malattie trasmissibili

In occasione della conferenza, l'Ecdc ha presentato il rapporto "Implementing the Dublin declaration on partnership to fight Hiv/Aids in Europe and central Asia", in cui sono riportati i progressi compiuti dalla dichiarazione di Dublino del 2004, in base ai dati provenienti da 49 Paesi. Tra le numerose conclusioni:

- in Europa e in Asia centrale esiste un forte coinvolgimento della politica nella risposta all'Hiv ed è centrale il ruolo delle organizzazioni della società civile;
- sebbene esista una crisi economica, le politiche dei singoli Paesi devono continuare ad investire nell'assistenza sanitaria dei malati;
- è necessaria una forte leadership politica per assicurare che vengano assunte decisioni atte a garantire prevenzione, trattamento, assistenza sanitaria ed attenzione a gruppi di popolazione particolarmente colpiti;
- il numero di individui infetti non trattati è ancora troppo alto ed inaccettabile;
- uno degli obiettivi dell'Ecdc è quello di ottenere un unico processo di raccolta dei dati per tutti i Paesi europei.

Le dimensioni del problema nella Regione europea dell'Oms

La scelta della città nella quale ambientare la conferenza non è stata casuale: Vienna rappresenta il punto geografico in cui le due metà dell'Europa si incontrano, quella dell'Ovest e quella dell'Est. Secondo le stime dell'Oms Europa, il numero di contagi annuali è stabile nel versante occidentale del continente (circa 20.000 nuovi casi), mentre sta aumentando in modo molto rapido in quello orientale (circa 80.000). Nel complesso, l'Europa rappresenta la regione del mondo in cui l'epidemia sta crescendo più velocemente.

Regno Unito

L'Health protection agency (Hpa) ha presentato alla conferenza un articolo del proprio centro per le infezioni, che ha passato in rassegna tutti i rapporti relativi agli adulti con più di 15 anni a cui è stato diagnosticato il virus dell'Hiv tra il 2000 ed il 2007 in Inghilterra, Scozia e Irlanda del Nord. I risultati evidenziano che gli ultracinquantenni sono la categoria in cui l'incidenza ha subito una crescita maggiore e che è importante diagnosticare la malattia nel modo più tempestivo possibile.

www.epicentro.iss.it

per le madri: "Dobbiamo inviare i prelievi a Gulu o nella capitale, Kampala. Ora, per esempio, non riceviamo i risultati da più di 3 mesi. Le madri tornano più volte per conoscere i risultati per i loro bambini, ma non trovano risposta. Abbiamo bisogno di risultati più veloci per i test".

Non allattare è un grande dolore per le nuove madri. Tutte le donne sanno che a sei mesi sarà chiesto loro di interrompere l'allattamento per limitare la possibilità di trasmissione attraverso il latte materno. È una decisione dura. Da un lato, esiste il problema di nutrire il bambino con altro cibo, quando il latte materno è gratuito. Dall'altro, la pressione sociale che impone di continuare ad allattare è molto forte - normalmente si allatta fino a due anni. Catherine Atim, consulente di MSF

sull'aderenza del trattamento, ha lavorato presso la clinica per molti anni. Ci spiega: "Gli uomini, qui, credono che se una donna smette di allattare un bambino, lo sta di fatto abbandonando e sospettano abbia un altro uomo, un'altra relazione. E non è facile. Per questo è importante per un uomo accompagnare la propria compagna in clinica, così da poter discutere di queste cose e prendersi cura del bambino insieme". Quindi, sebbene la necessità di proteggere il bambino sia molto sentita, alcuni trovano impossibile il fatto che si debba smettere di allattare. Molte donne, però, non vogliono ripetere un errore già commesso, afferma Christine Langwen, madre del piccolo Angel, di soli due mesi: "Ho un altro bambino che è positivo all'Hiv ed ora sono pronta ad interrompere l'allattamento di questo secondo

figlio. L'interruzione dell'allattamento a 6 mesi non ucciderà il mio bambino, ma l'Hiv sì. Non lo devo più allattare, così da non avere un altro bambino sieropositivo nella mia famiglia". Tutte le donne di cui diamo testimonianza in questo articolo hanno accesso alle cure prenatali e al parto protetto nella clinica di Madi Opei. Ma ci sono molte donne nel distretto di Kitgum che non hanno accesso a questi servizi, incluso il PMTCT. Tutto questo, unito alla mancanza di controllo dopo il parto, per entrambe le tipologie di pazienti, madri e neonati, determina una significativa percentuale di bambini esposti al rischio di contrarre l'Hiv senza la possibilità di disporre di una diagnosi precoce e tempestiva. Senza accesso ai trattamenti, metà di questi bambini affetti da HIV non raggiungerà il secondo anno di vita.

Federica Marchi

Membro del Progetto DREAM e Volontaria della Comunità di Sant'Egidio

Progetto Dream: un sogno per l'Africa

Se le donne si ammalano di AIDS tutti dicono che è colpa loro, anche se sono i mariti che le contagiano. Per questo sono abbandonate, ma anche insultate dalla famiglia e dai vicini.

Mi chiamo Federica Marchi, sono un'insegnante. Negli ultimi anni, durante le vacanze estive, sono andata per tre volte in Africa, ciascuna per un mese, con la comunità di Sant'Egidio, in qualità di volontaria nei centri Dream. Sono molto grata dell'occasione di poter raccontare questa mia esperienza africana. Manca poco al 1° dicembre, la giornata internazionale contro l'aids. Dream è un progetto che lotta contro di esso, e informarsi sulla malattia è un modo per aderire a questa lotta. Tutti possono contribuire, nessuno è fisicamente troppo lontano dall'Africa. Dream è un acronimo. Significa Drug Resource Enhancement against aids and malnutrition, cura e lotta all'aids ed alla malnutrizione. Ma per i malati, per i bambini malati, per chi ci lavora e per chi, come me, vi partecipa un mese all'anno, è un sogno. È un programma ad approccio globale per curare l'AIDS in Africa, avviato nel febbraio 2002 dalla Comunità di Sant'Egidio. Oggi è presente in Mozambico, Malawi, Tanzania, Kenya, Repubblica di Guinea, Guinea Bissau, Nigeria, Angola, Repubblica Democratica del Congo, Camerun. Il programma nasce da un sogno. Di qui il nome. Il sogno di contrastare in modo nuovo e più efficace l'epidemia di AIDS nel continente africano. Il sogno di fare uguaglianza tra Nord e Sud del mondo. Dream è - innanzitutto - un atteggiamento differente di fronte all'Africa. È uno sguardo pieno di fiducia e di speranza sul continente. È la scelta di essere liberi dalle catene dell'afropeccato e da quel minimalismo che troppo spesso si applica all'Africa. È la volontà di riaffermare il diritto alle cure per tutti, indipendentemente da dove si è nati. Perché anche milioni di bambini africani possano avere davanti a sé quella lunga vita di cui vorremmo che ogni nostro figlio avesse diritto. Vorrei partire dalle parole di Ana Maria Mohai, una delle nostre pazienti mozambicane: "nel 1998 ho cominciato a soffrire di una tosse che non guariva mai. Le mie condizioni fisiche peggioravano ogni giorno, stavo molto male. Sono arrivata a pesare 29 kg. Stavo sempre stesa sul pavimento della mia capanna, non avevo più nemmeno la forza di mangiare. In tanti avevano paura ad avvicinarmi e pensavano che sarei morta presto. Ero disperata. Riuscivo solo ad aprire gli occhi ogni tanto e a pregare. Finalmente, quando credevo di non avere più speranze, ho incontrato la Comunità di Sant'Egidio. Ho preso i farmaci che la dottoressa mi aveva prescritto ed in poco tempo ho cominciato a migliorare, ad uscire di nuovo. Chi mi incontrava, però, non riusciva a credere che fossi io. Pensavano che fossi mia sorella. Quando dicevo che ero Ana Maria non ci credevano. Così ho preso mia sorella sotto braccio ed abbiamo fatto un giro insieme, per il quartiere, per dimostrare a tutti che ero proprio io. Quando sono passata per il mercato erano tutti stupiti, qualcuno aveva paura. Pensavano che fossi un fantasma. Oggi peso 70 kg, vivo una vita normale e posso occuparmi dei miei figli. Da qualche anno lavoro come attivista al centro Dream della Comunità di Sant'Egidio. Parlare e spiegare l'importanza della cura è dare speranza alle tante persone che si rivolgono al centro. Molti, in Mozambico, hanno paura a fare il test. Prima che Sant'Egidio cominciasse a fornire la cura, scoprirsi sieropositivo era come ascoltare una sentenza di morte. Allora, tanto valeva non sapere di essere malati! Anch'io la pensavo così. Quelli che arrivano a Machava hanno paura. Dei pregiudizi di chi gli vive intorno ed anche di essere abbandonati dai familiari. Specialmente le donne. Se una donna si ammala di aids, tutti dicono che è colpa sua, anche se è il marito che la contagia. Per questo sono abbandonate, ma anche insultate dalla famiglia e dai vicini. Io accolgo tutte queste persone, spiego loro che l'aids si può curare, racconto la mia storia. Molti, all'inizio, non credono che anche io sia malata. Così faccio loro vedere le bustine con le medicine che prendo, le stesse che anche loro ricevono. A volte, alcuni ancora non ci credono. E io tiro fuori dal mio portafoglio le

La giornata mondiale contro l'AIDS

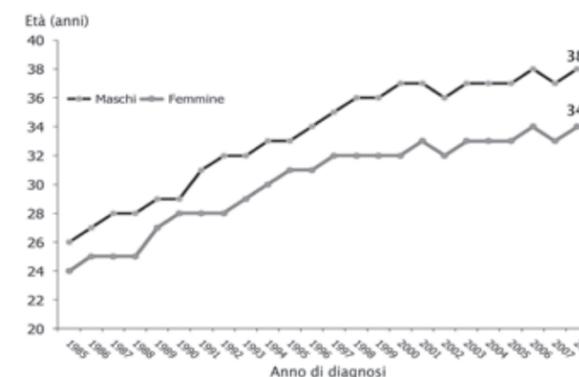
Il 1° dicembre di ogni anno si celebra la Giornata Mondiale contro l'AIDS. L'appuntamento diventa occasione di confronto a livello internazionale tra i maggiori esperti nel settore e, soprattutto, serve a focalizzare l'attenzione in tutti i Paesi del mondo sui risultati raggiunti in tema di prevenzione e cura di HIV/AIDS. L'idea di una Giornata Mondiale contro l'AIDS ha avuto origine al summit mondiale dei Ministri della Sanità sui programmi per la prevenzione dell'AIDS del 1988 ed è stata in seguito adottata da governi, organizzazioni internazionali ed associazioni di tutto il mondo. La scelta della data è caduta sul 1° dicembre in quanto il primo caso di AIDS è stato diagnosticato il 1° dicembre 1981. L'AIDS è stata l'epidemia più distruttiva che la storia ricordi. 33,4 milioni sono le persone affette da Hiv. Il 67% dei malati vive nei Paesi dell'Africa Sub-Sahariana, dove si concentra il 72% dei decessi per malattie correlate all'Aids. Tra le regioni più colpite al mondo, vi sono anche l'Asia meridionale ed il Sud-est asiatico. Tra i Paesi più colpiti dall'epidemia, prevale l'Africa Sub-Sahariana. In particolare, Swaziland, Botswana, Lesotho, Zimbabwe, Sud Africa, Zambia e Malawi. Preoccupante la situazione anche nell'Asia orientale, dove la mortalità correlata all'Hiv risulta in continua crescita. Drammatica anche la situazione in Russia e Ucraina, nei cui territori l'epidemia si sta diffondendo con particolare gravità. Malgrado il numero di persone che vivono con l'Hiv sia in crescita (anche per l'aumento della longevità delle persone malate), nel complesso, il tasso delle nuove infezioni è in declino di circa il 25% rispetto al 1995.

fotografie di quando pesavo 29 kg."

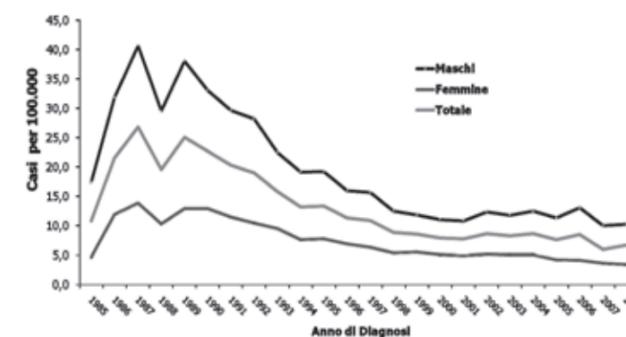
Ana Maria è una delle nostre attiviste. In ogni centro DREAM, accanto al personale medico e paramedico, sono presenti e costituiscono una risorsa indispensabile per il successo del programma. Si tratta di gruppi più o meno numerosi di uomini e di donne del luogo che hanno incontrato il nostro lavoro e ne hanno avuta trasformata la vita, tanto da convincersi ad impegnarla a vantaggio dei pazienti che si presentano nelle nostre strutture. Sono in gran parte dei malati, ma non tutti. Sono i nostri "attivisti". La loro esperienza nasce dal fatto che, nel corso di questi anni, DREAM ha costituito un approccio di tipo nuovo al problema posto dal diffondersi dell'epidemia di AIDS in Africa. Si è voluto guardare non tanto a quello che, in maniera un po' pessimistica e rassegnata, sembrava possibile e realistico fare, bensì alla realtà vera dell'Africa e degli Africani, ai loro bisogni ed alla loro forza, alla vita che pulsa nel continente, alle persone, agli uomini ed alle donne, ai bambini e, dunque, alla possibilità - questa sì reale - di allungare delle vite, alla possibilità - questa sì realistica - di suscitare e far crescere energie nuove di speranza e di impegno. DREAM vuole riflettere il modo di vedere e di sentire della Comunità di Sant'Egidio. L'incontro con il problema costituito dall'AIDS non è stato soltanto il brusco impatto con un'emergenza, con un'ingiustizia. Quell'incontro ha significato, innanzitutto, la nascita di un rapporto con delle persone, delle persone concrete. I malati esprimevano il loro bisogno di guarigione e di salvezza, senz'altro. Ma erano anche persone che lasciavano trasparire il loro desiderio di un futuro ridonato, di una pienezza di vita da raggiungere. Che facevano intuire, oltre alla debolezza ed alla difficoltà del presente, grandi risorse

potenziali di impegno e di coinvolgimento più larghi, di speranza e di lotta, non solo per sé, ma anche per un intero continente a cui anni e vita venivano rubati. Una tale consapevolezza delle immense potenzialità di riscatto degli Africani si è rafforzata nel tempo, man mano che i primi pazienti del programma cominciavano a star meglio e a chiedere di impegnarsi insieme agli operatori europei ed africani di DREAM perché la cura che finalmente si configurava come possibile raggiungesse il maggior numero possibile di altri uomini e donne. Ecco, allora, in un crescendo spontaneo, il coinvolgimento di tanti malati sottoposti alla terapia antiretrovirale - prima solo alcuni della prima ora e poi, via via, un numero sempre più consistente - in un contesto largo e generoso di attivisti e di attiviste desiderosi di sostenere e diffondere il programma. Uomini e donne che si erano visti donare di nuovo la vita si sentivano in dovere di vivere, a loro volta, una vita di restituzione e di dono, una vita che fosse al servizio di un movimento di speranza e di rinascita. Questo movimento - pur diffuso in ogni località in cui DREAM è presente - è particolarmente vivo in Mozambico, il Paese in cui DREAM ha mosso i primi passi. Qui l'associazione delle attiviste legate al programma è nata nel dicembre 2003 ed ha preso il nome di "Mulheres para o dream", "Donne per il sogno" (ma anche degli uomini si sono uniti al loro lavoro, e c'è chi propone di cambiare il nome dell'associazione in "Humanidade para o dream"). Questi uomini e queste donne che sognano non sono dei volontari alla maniera occidentale. Sono dei lavoratori regolarmente retribuiti all'interno del programma. Svolgono una funzione insostituibile di sostegno e counselling. L'impegno degli attivisti è un'ulteriore tappa del processo di cura, la cui importanza non è inferiore a quella della terapia vera e propria. Gli attivisti e le attiviste di DREAM diffondono un messaggio semplice, ma decisivo: "l'AIDS si può curare". Le "Mulheres para o dream" - oggi sono diverse centinaia in Mozambico - accolgono chi arriva per la prima volta, lo incoraggiano, lo aiutano a fidarsi, ad iniziare e seguire la terapia antiretrovirale o a curare i propri figli. A volte, dei bambini che giungono nei nostri centri - bambini spesso orfani, accuditi dai nonni o da dei vicini - si prendono cura in prima persona dei malati, come fossero delle madri. Combattono soprattutto lo stigma e l'emarginazione che accompagnano la malattia; testimoniano con le loro parole e con la loro vita che l'AIDS non è una condanna a morte, che una "resurrezione" è possibile, che il futuro è ancora aperto, per sé e per i propri cari. C'è chi, parlando, si commuove, ricordando una storia personale di sofferenza e di abbandono, una storia che però ha improvvisamente trovato una svolta positiva quando è avvenuto l'incontro con il programma di Sant'Egidio. Di qui il superamento del timore dello stigma. Gli attivisti hanno ritrovato, con la salute fisica, dignità e ruolo sociale. Non negano più di avere una malattia che prima della terapia significava condanna ad una doppia morte, prima sociale e poi fisiologica. Diventano i più tenaci e convincenti alleati del programma di lotta all'AIDS di DREAM. Portando nel corpo i segni dell'efficacia della terapia antiretrovirale, ed accettando di condividere con gli altri la loro esperienza, realizzano una sorta di contagio "al contrario", una propagazione di speranza e di fiducia nella cura. DREAM riflette il modo di sentire di Sant'Egidio. Il programma nasce con l'obiettivo di tornare a riunire prevenzione e terapia, nella convinzione che sia necessario salvare, oltre che preservare, guadagnando per quante più persone possibile un nuovo tempo alla vita. Per questo DREAM è concepito per l'eccellenza. Eccellenza della diagnostica e delle cure, dell'organizzazione e dell'informatizzazione. DREAM propone anche in Africa gli standard occidentali, utilizzando di routine la valutazione della carica virale, ed introducendo la Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART), l'attuale golden standard nel trattamento dell'infezione da HIV, per tutti i pazienti che ne hanno bisogno. Per la Comunità di Sant'Egidio, le persone non sono mai semplici "emergenze": sono sempre persone. Questo è dream, un sogno che si è realizzato per moltissimi pazienti in Africa, per tanti bambini che sono nati sani, nel programma Dream, da madri malate di aids: 12.000 bambini a cui hanno cambiato la vita, alzando una diga nella trasmissione materno infantile della malattia. Vorrei fornirvi un po' di cifre, per realizzare un quadro della situazione: i pazienti in cura nei nostri 31 centri sono attualmente 98.000, di cui 21.000 minori di 15 anni. 59.000 sono quelli in terapia antiretrovirale, 5.800 dei quali sono bambini. 11.700 sono i bambini nati sani dal programma di prevenzione verticale e 1.300 sono le gravidanze attualmente seguite. 1.000.000 le persone che in questi anni hanno usufruito del programma DREAM (educazione sanitaria, filtri acqua, sostegno nutri-

Età mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per genere
(Piemonte, Liguria, Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Bolzano, Trento, Sassari e Catania)



Andamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per genere
(Piemonte, Liguria, Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Puglia, Emilia Romagna, Lazio, Bolzano, Trento, Sassari e Catania)



zionale, zanzariere, corsi di prevenzione sui luoghi di lavoro, alla radio, televisione, ecc.). Visite mediche effettuate: 1.000.000. Cariche virali effettuate: 255.000. Esami CD4 effettuati: 540.000. 18 laboratori di biologia molecolare; 16 corsi di formazione panafricani; 3.600 professionisti africani formati; 600 euro il costo annuale a paziente (terapie, analisi, assistenza domiciliare, sostegno nutrizionale, visite mediche); 500 euro il costo per far nascere sano un bambino da una madre sieropositiva. La gratuità delle cure spiega anche l'elevatissimo grado di aderenza alla terapia dei pazienti DREAM (ai quali è peraltro riservato un secondo decisivo sostegno, la supplementazione nutrizionale sistematica). L'obiettivo non è quello di allontanare i malati, bensì di attirarli. In Africa, il problema da superare è proprio quello dell'estrema difficoltà d'accesso delle popolazioni ai centri di salute. Il modello di DREAM presuppone un largo impiego di personale per superare il problema cronico ed endemico della difficoltà d'accesso al servizio sanitario nazionale. La nostra comunità non è solo una ONG, non svolge solo un'opera di cooperazione internazionale. È una famiglia di fratelli e sorelle che ascolta il Vangelo. Dalla Parola di Dio impara ad amare e servire i poveri e nel servizio ai poveri mette in pratica e capisce meglio il Vangelo. Questo è vero per me, per noi a Trieste, ma anche in Africa.

GIORNATA MONDIALE CONTRO L'AIDS



LA BOLLA PAPAIALE

Elisabetta Garuti

Coordinatrice generale Progetto Rainbow - Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII

Progetto Rainbow

Mi rendo sempre più conto che i bambini orfani dell'AIDS sono davvero una responsabilità di tutti noi, essendo, di fatto, vittime innocenti di qualche cosa che non possono nemmeno comprendere. Aiutarli significa cercare di porre un piccolo rimedio alle grandi ingiustizie di questo mondo e per quanto spesso la situazione ci sembri disperata, ci rendiamo sempre più conto che "È meglio tenere accesa una piccola luce che imprecare contro le tenebre".

L'HIV/AIDS SCONVOLGE LA VITA DEI BAMBINI NEI PAESI PIÙ COLPITI

Combattere l'AIDS è uno dei traguardi principali degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. I bambini che convivono con l'HIV/AIDS rischiano di essere esclusi dall'accesso ai servizi di base, all'assistenza e alla protezione quando i genitori, gli insegnanti, gli operatori sanitari e altri fornitori di servizi essenziali si ammalano e, successivamente, muoiono. L'epidemia sta lacerando il tessuto sociale, culturale ed economico delle famiglie, la prima linea difensiva dei bambini contro l'esclusione dai servizi di base e contro i pericoli.

AIDS NELLO ZAMBIA

Lo Zambia è un Paese pesantemente colpito dall'epidemia. Il virus HIV è presente con un tasso del 16% fra la popolazione adulta. In meno di un decennio, l'HIV/AIDS è diventato uno dei maggiori problemi per la salute pubblica e per lo sviluppo, influenzando la vita di gran parte della popolazione e causando gravi conseguenze su tutti i settori della società. I bambini orfani si trovano spesso senza più legami affettivi, se non quelli delle famiglie allargate, "extended family" meccanismo tradizionale della cultura zambiana, con altri sette, otto o dieci bambini da accudire, senza possibilità di istruzione e con un solo pasto quotidiano.

AIUTARE I BAMBINI COLPITI DALL'EPIDEMIA DI AIDS IN AFRICA

La situazione dei bambini che si trovano in difficoltà a causa dell'AIDS, in Africa, oggi, richiede l'applicazione di un piano strategico capace di attivare una rete di risposte adeguate ai diversi bisogni. Durante i primi anni dell'epidemia, gli orfani non costituivano un problema. Grazie alla famiglia estesa, essi erano automaticamente accuditi dai parenti dei genitori scomparsi. Con il passare degli anni, si è visto che l'extended family non riusciva più ad assorbire un numero così grande di orfani. Molte sono le denunce di abuso sui bambini. Chiuso si rende ormai conto del continuo aumento del numero di bambini che vivono in strada. Ciò che sta succedendo in Africa a causa dell'AIDS non può essere ignorato.

NASCITA DEL PROGETTO

Il progetto nasce nel 1998 a cura dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, fondata da Don Oreste Benzi, presente in Zambia dal 1985. Dopo sei mesi di studio approfondito sulla situazione dei bambini orfani nella città di Ndola e zone limitrofe, è risultato subito evidente che, se si intendeva affrontare la situazione dei bambini orfani in modo serio ed efficace, bisognava sviluppare un piano strategico, il più esteso e diversificato possibile, capace di sostenere le famiglie zambiane ed i bambini orfani. Il piano doveva ricercare un equilibrio fra il bisogno di assistenza nel breve periodo, in termini di cibo, istruzione, cure mediche, ecc., ed il bisogno di proporre una soluzione praticabile di medio/lungo periodo, evitando, per quanto possibile, la sindrome da dipendenza.

LO SPIRITO DEL PROGETTO RAINBOW

L'assunto di partenza è che le famiglie povere dello Zambia, ed in particolare quelle che accolgono ed aiutano i bambini orfani, devono, e ripeto, devono, essere aiutate. Non si tratta di carità, ma di giustizia. Quando ci si trova di fronte ad una calamità nazionale, che ricade su una popolazione già afflitta da una miseria strutturale, aiutare ed assistere la popolazione colpita è un dovere della comunità internazionale. Il problema è come aiutare, quali strumenti utilizzare, quali obiettivi porsi e come perseguirli. La situazione dello Zambia, e dell'Africa in generale, è talmente compromessa che difficilmente si può fare il "bene". Spesso, bisogna scegliere il "meno male". La colonizzazione prima, la colonizzazione economica poi, e, da ultima, la globalizzazione, hanno creato, e continuano a creare, uno sconvolgimento che non è solo economico, ma che diviene anche culturale e sociale.

RAINBOW PROJECT: UNA STRADA POSSIBILE

Il progetto Rainbow è un progetto che si propone di aiutare il maggior numero di bambini orfani dell'Aids cercando di mantenerli all'interno di una famiglia. Gli obiettivi sono: raggiungere ed aiutare il maggior numero di bambini possibile; favorire l'inserimento familiare dei bam-

bini orfani; evitare, per quanto possibile, ogni sorta di istituzionalizzazione; aiutare le famiglie che accolgono gli orfani, sia psicologicamente, sia materialmente; rendere la Nazione consapevole di questa emergenza umanitaria. Gli strumenti sono: GRUPPO ESECUTIVO: potenziare ciò che c'è ed aggiungere ciò che manca è il sistema di lavoro del Progetto Rainbow. Il gruppo esecutivo è formato dalle ONG locali, gruppi, associazioni e singole persone già attivamente impegnate sul territorio nell'aiuto agli orfani ed ai bambini in difficoltà. La maggior parte del lavoro sul campo è svolta da operatori locali attraverso i CENTRI DI AIUTO E DI ASCOLTO, i centri di irradiazione delle varie attività di Rainbow. In questi centri, i bambini e le famiglie possono trovare delle persone pronte ad ascoltare i loro problemi e, in base al bisogno identificato, si attivano diversi tipi di sostegno: SOSTEGNO NUTRIZIONALE: fornisce il sostegno nutrizionale a bambini orfani e bambini in grave stato di malnutrizione, o neonati che vengono assistiti con il cibo e con il latte in polvere. Se ne insegna anche l'uso alle nonne o ai parenti che accudiscono i bambini. MENSA SCOLASTICHE: favoriscono l'apprendimento dei bambini. Spesso, infatti, i bambini frequentano la scuola senza aver mangiato. SERVIZIO RAGAZZI DI STRADA: eroga l'accoglienza immediata ed il reinserimento familiare dei bambini di strada segnalati al centro di ascolto o trovati in strada. SOSTEGNO SCOLASTICO: onora le tasse scolastiche ed apre e sostiene le scuole nate nelle comunità locali (community schools) laddove non vi siano possibilità di mandare i bambini nelle scuole ordinarie. INFO TEAM: sensibilizza e fornisce informazioni sia a livello di media, sia a livello politico. Sostiene anche le azioni a favore della giustizia. GRUPPI DI SOSTEGNO E AUTOSVILUPPO - MICRO FINANZA: In questi gruppi, le famiglie che hanno già accolto bambini orfani condividono i problemi che devono affrontare dovendo mantenere una famiglia più numerosa di quella che avevano in precedenza (di solito, già discretamente numerosa). Le famiglie possono accedere al programma di micro finanza. Tenendo conto che si opera in una situazione di emergenza, i

prestiti sono concessi senza alcun interesse. Il programma di micro finanza tenta di trovare un equilibrio fra bisogni immediati e bisogni di auto sviluppo attraverso un sistema chiamato "Twin track approach":

- Prima pista: attività di auto sviluppo - corsi di formazione ed erogazione di semi e fertilizzanti per il miglioramento dell'attività agricola familiare;
- Seconda pista: assistenza per un periodo determinato di tempo: circa tre mesi di assistenza alimentare, sanitaria e scolastica a seguito dell'erogazione iniziale del capitale, in modo tale che le famiglie non usino il capitale per vivere. Gli obiettivi del programma di micro finanza sono quelli di rispondere ai bisogni di base e ridurre i limiti imposti dalla povertà. Tutto ciò si realizza tramite l'aumento della produzione agricola, facilitando l'accesso al credito e al mercato, aumentando la professionalità dei lavoratori e promuovendo attività economiche legali che abbiano possibilità di sviluppo futuro. È necessario aumentare la fiducia in sé stessi ed incoraggiare le comunità ad intraprendere ulteriori sforzi impegnandosi in attività di lungo periodo; creare lavoro a livello familiare; aiutare le famiglie a migliorare il proprio tenore di vita e a fronteggiare l'ulteriore responsabilità dovuta

all'epidemia dell'HIV/AIDS. Il modello Rainbow di micro finanza agricola possiede la peculiarità di partire dal basso: presenta, infatti, quale punto di partenza, le esigenze e le necessità che la gente stessa si trova ad affrontare giorno dopo giorno. Il programma coinvolge gruppi di 20-25 famiglie ciascuno per un periodo massimo di 4 anni con il seguente sistema di erogazione delle risorse: primo anno: corso di formazione, erogazione degli input agricoli, assistenza tecnica, assistenza parallela in termini di cibo e scuola per i bambini; secondo anno: corso di aggiornamento, erogazione di input agricoli, assistenza tecnica; terzo anno: erogazione di input agricoli, assistenza tecnica; quarto anno: erogazione degli input agricoli sotto forma di finanziamento a fondo perduto. La restituzione del prestito avviene in natura, in base al raccolto. Concluso questo periodo, si ritiene che le famiglie coinvolte siano autosufficienti ed in grado di continuare a coltivare i propri campi in modo autonomo. È stato alquanto sorprendente scoprire che, nonostante l'attitudine a non ripagare i prestiti, dovuta alla sindrome da dipendenza, la gente faccia il possibile per restituire il prestito ricevuto. Nel 2009, con i diversi tipi di intervento, il Progetto Rainbow ha raggiunto, nello

Zambia, più di 12.500 persone, 10.000 delle quali bambini. Nel dettaglio: sostegno nutrizionale, 1.500 bambini malnutriti in 24 centri nutrizionali, 250 bambini in 5 ambulatori nutrizionali e 600 bambini in 4 mense scolastiche; sostegno scolastico, 5.900 bambini; servizio ragazzi di strada, circa 200 bambini e ragazzi; programma di micro finanza, 325 famiglie.

MESTIERI A RISCHIO

E COSI' LE HO DETTO: NO CARA... PRIMA MI MOSTRI LE ULTIME ANALISI DEL SANGUE E POI TI SUCCHIO...



Le statistiche dell'AIDS nell'infanzia

Dopo un periodo di quasi completo disinteresse, gli organi di stampa hanno ripreso a dedicare una certa attenzione all'Aids. In seguito ad una scrupolosa vigilanza, sembrava che questa malattia fosse relegata al ruolo di infezione poco rilevante in termini di impatto sulla salute pubblica, e sostanzialmente curabile, pur con qualche ostacolo. Nel nostro Paese, si è ultimamente parlato di Aids con riferimento quasi esclusivo all'Africa ed ai Paesi del terzo mondo, dove, oggettivamente, l'epidemia evidenzia dinamiche e dimensioni sconvolgenti. Questo tipo di approccio ha indotto qualcuno a credere che da noi il problema sia stato finalmente risolto. Ma non è così. Nei primi anni '80, l'Aids è apparso ufficialmente sullo scenario medico. L'incidenza AIDS è andata aumentando, nel corso degli anni, sino al 1995. Ha visto un picco di segnalazioni nel 1987 per poi diminuire fino al 1998 e, successivamente, stabilizzarsi. È quanto rileva l'Istat, evidenziando i casi certificati. In seguito alla ristrutturazione dei metodi di rilevazione, l'Istat stesso indica come riferimento i dati forniti dal COA (Centro Operativo AIDS, dell'Istituto Superiore di Sanità). In Italia, dal 1982, anno della prima diagnosi Aids, al 31 dicembre 2009, sono stati notificati al COA 61.537 casi complessivi di Aids. Di questi, 47.578 (77,3%) si riferiscono a persone di sesso maschile, 772 (1,2%) sono bambini in età pediatrica, o con infezione trasmessa per via verticale dalla madre, e 5.039 (8,2%) sono stranieri. Il Ministero della Salute, con il DM del 31 marzo 2008, ha istituito il sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Fino ad oggi, infatti, solo l'AIDS era sottoposto a notifica obbligatoria, mentre l'infezione da HIV (fase pre-AIDS), non lo era. La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stata attivata, fino ad oggi, in 11 regioni/province italiane. I dati riportati dal sistema indicano che, nel 2008, sono stati diagnosticati 6,7 nuovi casi di positività Hiv ogni 100.000 residenti, posizionando così l'Italia fra i Paesi dell'Europa occidentale con un'incidenza di Hiv medio-alta. Le stime effettuate sulla base dei quattro diversi metodi, e sostenute dai dati disponibili, indicano che in Italia sono attualmente presenti 160.000 persone HIV positive viventi, di cui circa 22.000 in Aids. Un sieropositivo su quattro non sa di essere infetto. La comunità scientifica internazionale sta ponendo l'attenzione prevalentemente sui rischi che corre una donna incinta affetta da HIV e sulle elevate possibilità che il virus sia trasmesso da madre a figlio durante la gravidanza, il parto, l'allattamento. Attualmente, la conoscenza scientifica e diversi interventi di sperimentata efficacia possono ridurre tale rischio. Tanto che nei Paesi ad alto reddito, dove sono disponibili su larga scala gli interventi di prevenzione, si è arrivati all'eliminazione virtuale della trasmissione verticale. Nei Paesi in via di sviluppo, invece, la situazione è molto più drammatica. Riguardo all'infanzia, i dati di Aids epidemic update 2009 stimano che nel 2008 abbiano contratto il virus dell'Hiv 430.000 bambini di età inferiore ai 15 anni. Tra il 2001 ed il 2008, il numero totale di bambini che vivono con l'Hiv è aumentato, passando da 1,6 a 2,1 milioni. Di questi, quasi il 90% vive nell'Africa Sub-Sahariana. Dal 2004 al 2008, la copertura dei servizi per prevenire il contagio madre-figlio è salita dal 10% al 45%. In condizioni ideali, la somministrazione di una profilassi antiretrovirale e l'adozione di un sistema alternativo di nutrizione possono ridurre la trasmissione verticale dal 30-35% all'1-2%. Applicando questo tipo di interventi, Unicef calcola che, negli ultimi 12 anni, si sarebbero potute prevenire circa 200.000 nuove infezioni. Secondo il rapporto 2008 dell'Unicef "Bambini e Aids: terzo rapporto di aggiornamento", diagnosi precoce e cure tempestive possono migliorare significativamente le aspettative di vita dei neonati esposti al rischio di contagio da Hiv. Infatti, i neonati sieropositivi a cui viene diagnosticato tempestivamente il virus e che iniziano le cure entro la dodicesima settimana di vita hanno il 75% in più di possibilità di sopravvivenza. Nel 2011, l'Italia salirà su un importante palcoscenico internazionale: sarà la sede della Sesta Conferenza sulla Patogenesi della International Aids Society (il più rilevante appuntamento globale con la Conferenza mondiale sull'Aids).

Federica Albini
Collaboratrice SocialNews

Giorgio Feroni

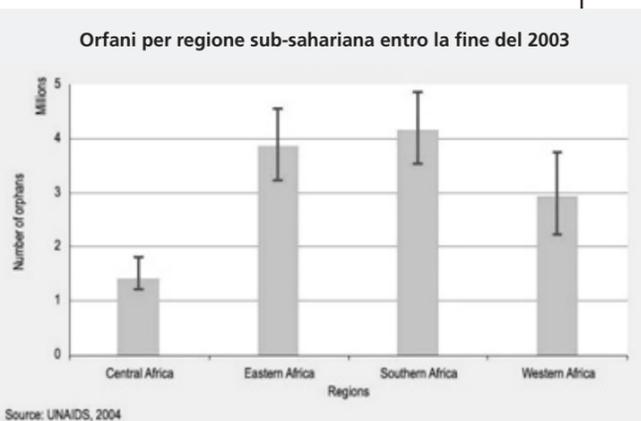
Giornalista, scrittore, collaboratore della trasmissione Report

Paese di orfani

I cimiteri dell'Africa sono l'anagrafe più vera della tragedia che l'AIDS ha creato in questi Paesi, sbilanciando paurosamente intere popolazioni. In Malawi, i cimiteri stanno invadendo i villaggi. L'AIDS sta letteralmente decimando la popolazione del Paese e l'incidenza dei sieropositivi ha raggiunto il 30% della popolazione.

Da sempre l'Africa racconta. Da sempre tramanda la sua storia nei racconti degli anziani. Quando, all'orizzonte, la luna viene a rischiare la notte, i bagliori delle fiamme fanno rivivere le avventure degli antenati. Le guerre, le migrazioni, la tratta degli schiavi, gli anni della dominazione coloniale, fino ad oggi. La storia attuale del Malawi, uno tra i Paesi più piccoli e poveri dell'Africa australe, è tutta nel lamento infinito dell'anziana che racconta la disperazione senza conforto di chi piange i propri figli. È la storia dei piccoli e degli ultimi. La sua nenia non è accompagnata dal tamburo che invita alla danza. Il suo racconto non è una favola o una storia del passato: piange il presente e i giorni a venire. Mponda, il capovillaggio di un'estesa zona all'interno della missione di Balaka, rende visita anche oggi ai suoi sudditi. Solo a lui è permesso rimuovere la sbarra che apre e chiude l'ingresso al cimitero. È un tabù sacro che nessuno può infrangere. L'accesso al mondo degli spiriti è uno dei poteri che la comunità gli riconosce. Anche oggi ritorna a fare la conta delle tombe. La terra smossa di recente, i fiori che lentamente appassiscono sui tumuli e la ciotola rotta a segnare che una vita si è improvvisamente arrestata sono la triste evidenza che il suo villaggio sta morendo. "In questi ultimi anni, la mia gente vengo a trovarla qui, al cimitero". Queste tombe ricoprono il mio villaggio. E io rischio di diventare il capovillaggio dei morti e degli spiriti. La mia gente non muore in battaglia, i miei guerrieri non sono portati via dai leoni che abbiamo imparato a combattere. È un nemico invisibile che ci sta distruggendo. Lo hanno portato dalla città. I lavoratori che sono rientrati dalle miniere del Sud Africa, i camionisti che vengono dalla costa dell'oceano... Il mio villaggio sta morendo. I giovani, gli adulti, ecco sono tutti qui...". I cimiteri dell'Africa sono l'anagrafe più eloquente della tragedia che l'AIDS ha creato in questi Paesi, sbilanciando paurosamente intere popolazioni. In Malawi, i cimiteri stanno invadendo i villaggi. L'AIDS sta letteralmente decimando la popolazione del Paese e l'incidenza dei sieropositivi ha raggiunto il 30% della popolazione. Il Malawi perde ogni giorno un maestro. Ma anche professionisti, lavoratori, in particolare quelli dotati di qualifica professionale, che avevano lasciato il villaggio inseguendo i miraggi della città. Dopo dieci anni di lotta, diverse organizzazioni internazionali stanno abbandonando l'Africa. Considerano persa la battaglia. La tragica conclusione a cui pervengono tante NGO è che la situazione sia sfuggita di mano. La gente non è riuscita a cambiare stile di vita e non è stato ancora raggiunto un punto di ritorno nella diffusione del contagio. "In Malawi, oltre alle tombe, è andata creandosi una nuova realtà: gli orfani" racconta Joseph, orfano lui stesso fin da bambino e oggi studente al seminario di Filosofia di Balaka. Gli orfani sono come i "detriti lasciati indietro dal fiume che è tracimato. Dal 1985, quando si è manifestato il primo caso certificato di AIDS, il numero di orfani è andato crescendo, prima nelle città, poi nei villaggi. L'ex Presidente della Repubblica, il Dottor Bakili Muluzi, afferma che sono oltre 2 milioni gli orfani, i bambini e le bambine in età scolare privi di genitori. Non c'è nulla di più pauroso del vuoto che si crea nella vita di un ragazzo orfano: sradicamento culturale, mancanza di affetto e senso di appartenenza, scontro con una vita che è più matrigna che madre... In Malawi, un Paese con una popolazione di 11 milioni di abitanti, gli orfani fanno scoppiare anche la famiglia estesa. Non ci sono più nonni, zii, parenti, cugini a sufficienza per prendere in casa chi ha perso papà e mamma. "Oggi è cambiato tutto. L'orfano

non è più questo o quel bambino. Questa è una generazione di orfani. Sono i nuovi orfani. Sono tanti". Ruth non si sottrae alla telecamera, la quale vorrebbe scrutare i suoi pensieri. E il suo volto di dignitosa mamma africana ti ruba l'anima. Vorrebbe gridare la sua innocenza, ma le manca anche il fiato. La bocca è impastata dalla candidosi e la pelle tradisce i segni del sarcoma in stadio avanzato. Si aggrappa alla vita assieme alle sue bambine, pur sapendo che non le vedrà crescere. È la mamma di Ruth a raccontare: "Tre anni fa, il marito di Ruth, che lavorava in città, è tornato a casa solo per morire. Poi, anche per lei è cominciato questo calvario. Ogni mese l'accompagniamo all'ospedale. All'inizio sembrava si potesse riprendere. Ora non ci aspettiamo più nulla. Non abbiamo il coraggio di dirlo. Ma lo sappiamo. Questa malattia non perdona. A fatica, Ruth lamenta che non ha più nulla. "Ci servono le coperte, ora che comincia l'inverno. Non abbiamo più cibo perché non siamo riusciti a coltivare nulla... non abbiamo nemmeno una manciata di farina...". È tutto quanto riesce a dire. Le ultime parole di Ruth sono come un soffio. Il suo testamento sta tutto nel suo ultimo desiderio: "Le mie bambine... le mie bambine... le affido a voi...". La grande famiglia africana esplose e diventa impotente davanti al numero sempre crescente di orfani, all'intera generazione che non conoscerà mai, veramente, cosa significhi avere i genitori. Di fronte ad una tale tragedia, la comunità cristiana ha compiuto scelte significative per aiutare giovani ed adulti a prendere coscienza dell'AIDS e delle sue conseguenze. Ogni comunità ha scelto delle persone che si prendessero cura, in particolare, degli ammalati da visitare regolarmente. Padre Piergiorgio Gamba, missionario monfortano di Bergamo, è in Malawi da 30 anni. È tra gli iniziatori del "Chifundo Projects", una serie di attività finalizzate ad offrire a questa povera gente la possibilità di guadagnare qualcosa per comperare cibo e medicine. Dal grasso animale, misto a soda caustica, si ricava ottimo sapone. Serve per garantire l'igiene e, se venduto al mercato, garantisce un guadagno. Dai campi di girasole provengono i semi gonfi di olio. Se macinati, permettono di preparare dei condimenti più saporiti. Dagli scarti riciclati della stamperia si ricavano fogli ancora riutilizzabili e buste in grande quantità. Sotto la guida di un volontario, Demetrio, si è dato inizio ad una mini fattoria con polli da allevamento ed un orto che, anche nella stagione secca, permette di avere molta verdura fresca. Sono i volontari a lavorare giorno



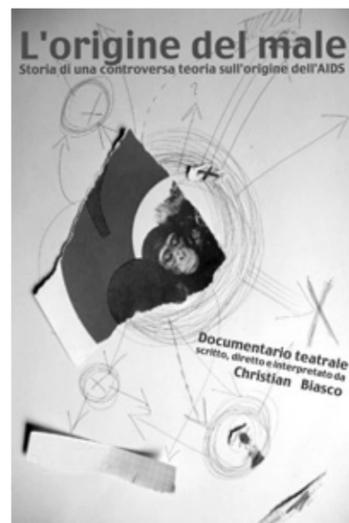
dopo giorno e a portare avanti le tante iniziative della carità, i chifundo projects, appunto, che permettono di prendersi cura di chi, nella comunità, non riesce più a farcela. Per fare fronte alla quasi totale mancanza di medicine, è stato raccolto ogni tipo di pianta medicinale, quelle che gli Africani conoscono da sempre. Uno stregone vero, assieme ad un team di erbalisti, prepara decotti, confeziona le dosi in sacchetti di plastica, riceve i pazienti e somministra le dosi. Questa medicina alternativa sta facendo riguadagnare fiducia nei metodi tradizionali. Oltre a poter disporre di polveri e decotti, la gente viene invitata a piantare erbe medicinali nel proprio orto, che diventa così una vera farmacia casalinga. Rimane la grande emergenza. Il dramma degli orfani che, senza famiglia, rischiano di finire ai margini della vita. Non era mai capitato di vedere i bambini chiedere l'elemosina nelle città del Malawi. Oggi, con il papà e la mamma uccisi dall'aids e senza parenti ad accoglierli in casa, sono tanti i bambini di strada. E, nella loro povertà, sono vulnerabilissimi. Edina (la sorellina più grande) "Prima è morto papà. Poi è stata la volta della mamma. Piangeva tutte le sere a pensare a noi figli che restavamo. Quando si è sentita morire ci ha affidati a Lusiano, il nostro fratello più grande. Nessuno avrebbe potuto prenderci tutti, siamo tre bambine e due bambini". Lusiano: "Avevo quattordici anni quando i nostri genitori ci hanno lasciato. Tornando dal cimitero, ci siamo resi conto che mai più nessuno ci avrebbe atteso a casa, nessuno ci avrebbe preparato da mangiare. Non so nemmeno io dove abbiamo trovato la forza di continuare. Da allora, tutte le mattine ci alziamo. Edina va al pozzo a prendere l'acqua e fa il bagno alle sorelline. Io preparo qualcosa da mangiare... Ricordo ancora che la prima mattina non sapevo nemmeno come accendere il fuoco o dove fosse la pentola... Poi, mentre le bambine sono a scuola, vado a lavorare i campi. Soprattutto all'inizio mi sentivo perso, ma non potevo certo farmi vedere a piangere". Da più di 10 anni, ormai, le missioni si sono fatte promotrici di progetti di adozione a distanza. Padre Gamba sostiene che l'adozione a distanza costituisce l'ultima spiaggia. Garanti che l'adozione raggiunga il bambino nella sua totalità, sono i volontari del progetto "Distant Adoption". Sono presenti quando, mensilmente, viene consegnata la retta offerta dalla famiglia di adozione e si assicurano che i pacchi mandati arrivino intatti fino alla capanna descritta nell'indirizzo del destinatario. Così per tutto quanto viene offerto all'orfano, come la coperta ed il sapone. Maurizio: "Le organizzazioni internazionali possono fare poco, occupate come sono a costruirsi uffici. Lo Stato fatica addirittura a fare un censimento di quanti orfani ci siano nel Paese, anche perché non esiste ancora l'anagrafe... I grandi Paesi hanno ben altre guerre da fare. Ci è rimasto solo l'aiuto tra noi, famiglie del mondo capaci di guardare oltre il nostro recinto, capaci di aggiungere un posto alla tavola del mondo. A noi, poi, fa paura questa generazione di orfani. Che ne sarà di un bambino che non si è mai sentito amato?". per gli orfani di Balaka, anche una partita a pallone è un momento speciale. Adottare un bambino a distanza è l'appello di Padre Gamba. Significa aggiungere letteralmente un posto alla propria tavola, comperare un paio di scarpe in più, una tuta e un dolce da condividere. Lentamente, si costruisce un vero rapporto di appartenenza, che va oltre una scheda con un nome ed un cognome. Per la famiglia che apre la sua casa al nuovo arrivato, e per il bambino accolto, l'adozione a distanza non è un progetto anonimo. È una porta che si spalana ed un figlio che entra in casa. È capitato alla mamma Vittoria, che è venuta in Malawi a trovare Samuel; ad Antonietta e Gaetano, i quali, oltre a venire in Africa come volontari, hanno Vincent che li aspetta sempre. "Le lacrime degli orfani cadono a terra, perché non c'è nessuno ad asciugarle", ricorda un antico proverbio africano. In questo presente doloroso, in questo racconto che non è una favola o un ricordo del passato, l'adozione a distanza può contribuire a far sì che due milioni di orfani non diventino i ragazzi di strada di questo nuovo villaggio, senza più capanne e senza più famiglie. La scuola di Mpiri è solo un esempio del lungo cammino dell'Istruzione in Malawi. Un'istruzione alla deriva. Come alla deriva sta andando tutto il Paese. Non proprio su questi banchi, che non ci sono mai stati, ma proprio qui ha studiato anche l'ex Presidente della Repubblica del Malawi, il Dottor Bakili Muluzi. Oggi, il grande flagello del Malawi ha un nome preciso, racchiuso

in 4 lettere: AIDS. Nella povertà generalizzata, l'AIDS si è abbattuto sull'Africa come un uragano, con conseguenze tragiche. I Paesi africani a sud del Sahara contano il 10% della popolazione mondiale. Ma qui vivono anche i due terzi di tutti i sieropositivi al mondo, pari a venticinque milioni di persone. Come già accennato, la qualità dell'educazione è irrimediabilmente compromessa anche dal venir meno di tantissimi maestri. Nelle campagne dove l'educazione è spesso legata alla presenza di un solo maestro, con la sua malattia o morte si ammala e si seppellisce anche la scuola. L'attuale Presidente della Repubblica del Malawi, il Dottor Bingu wa Mutharika, afferma: "Il Paese di cui sono Presidente, su una popolazione di 11 milioni di abitanti, ha quasi 2 milioni di persone sieropositive e il numero cresce sempre di più. In Malawi, oggi, la vita si ferma a 37 anni". Grace e Junior sono fratello e sorella. I genitori sono stati portati via dall'AIDS. Prima il papà, che lavorava alla stamperia della missione. Poi, dopo dieci anni di lunghe malattie, anche la mamma. La casetta frutto di mille risparmi è diventata troppo grande per i figli rimasti soli. Grace: "Junior è nato sieropositivo undici anni fa. I primi anni sono trascorsi bene. Fino a che c'era la mamma, anche se era ammalata, era tutto diverso. Ora passa da una crisi all'altra, con un'immunità sempre più compromessa. Per giornate intere versa in stato in coma. Si è sempre miracolosamente risvegliato, ma è sempre più debole". Junior: "Frequentavo la quarta elementare. La testa mi fa così male che a scuola non vedo più i numeri sulla lavagna. Da quando non c'è più la mamma, non mi piace più tornare a casa e resto per strada con i miei compagni. A casa vengo solo a nascondermi quando non ne posso più dal male. Mia sorella Grace mi prepara da mangiare alla sera, ma non riesco più a mandar giù la polenta che cuoce. Cosa voglio dire ai miei compagni che non hanno i genitori? Che devono essere forti. Che devono continuare a studiare anche quando a casa non li aspetta più nessuno". In Africa, tre milioni di persone contraggono ogni anno la malattia. Sempre ogni anno, due milioni e duecentomila persone muoiono. Le donne sono le persone più a rischio, così come è alto il numero dei bambini nati sieropositivi. La cura preventiva della trasmissione dell'AIDS dalla mamma al neonato, basata sull'uso della Nevapirina, fatica ad essere accettata in Malawi. La mamma è obbligata ad allattare il figlio e un comportamento diverso sarebbe considerato una devianza. La povertà, poi, rende impossibile disporre di latte in polvere, in sostituzione del latte materno. Ma ecco l'esempio di tre generazioni che si aggrappano alla vita. Sono due donne ed un ragazzo. Ed una manciata di pastiglie. La nonna: "Avevo un marito che mi ha abbandonata per andare a vivere in città. A casa veniva solo 2 o 3 volte l'anno. Sapevo frequentava altre donne, in città. A casa è tornato solo quando i segni dell'AIDS erano visibilissimi. Lui continuava a dire che era stata una stregoneria a farlo ammalare. È ritornato qui solo per morire. La tradizione mi imponeva di andare in sposa al fratello di mio marito, il quale aveva già una moglie. Da noi, in Africa, il comportamento più a rischio per una donna è quello di sposarsi. Perché non sai mai cosa ti porterà a casa il marito e non puoi difenderti. Mi sono fatta coraggio. All'ospedale ho fatto il test e sono risultata sieropositiva. Sono stata da tanti stregoni, ma ormai non faccio che deperire giorno dopo giorno". La madre: "Ero all'ultimo anno delle scuole superiori. Avevo un ragazzo che mi voleva bene e mi è nato questo bambino. Ero felicissima. Quando ho cominciato ad ammalarmi con una frequenza inspiegabile ho deciso di fare il test. Anch'io, come mia mamma, sono risultata sieropositiva. Senza nessuna ragione, mi hanno licenziata. Non so più cosa fare. La mia tragedia è che anche mio figlio è sieropositivo. Sono riuscita ad iscriverlo nella lista di chi riceve la medicina ARV. Basta solo per lui. Lui cresce bene. Mezza pastiglia alla mattina e mezza alla sera. Da quando ha cominciato a riceverle sta davvero bene. Il nostro problema è il cibo. Senza la possibilità di mangiare a sufficienza, anche la pastiglia non basta. Quanto vorrei poter avere anch'io quella mezza pastiglia. Anch'io sono ancora una ragazza". Il ragazzo: "Non capisco perché c'è tanta attenzione attorno a quella bottiglietta di pastiglie. Mi dicono che mi fanno bene. E lo sussurrano come se mi invidiassero". La nonna: "Ci è rimasto solo lui. È per lui che ci aggrappiamo alla vita. Lui è tutta la mia famiglia".

Antonio Irlando
Dirigente medico Ass n°4

Il marinaio di Manchester

Lo spettacolo teatrale di Christian Biasco, diffuso in Italia da @uxilia onlus, indaga su una controversa teoria sulla natura dell'AIDS: come è nato? Da dove? Perché si è diffuso? Il tutto attingendo a fonti pubblicate e documentate, ma indubbiamente singolari e non comuni. C'è la possibilità che il virus dell'Hiv possa essere stato trasmesso all'uomo attraverso un vaccino destinato alla prevenzione della poliomielite.



Nel 1959, un giovane marinaio inglese si spegne dopo indicibili sofferenze, preda di gravissime infezioni, con i segni di un deficit del sistema immunitario. Qualche anno prima, durante i suoi viaggi, era stato in Africa. Per la sconvolgente sintomatologia e l'incertezza della diagnosi, i medici decidono di conservare alcuni campioni di tessuti ed organi; verranno esaminati soltanto negli anni '80. Quattro campioni su sei risultano sieropositivi al virus HIV. Il povero marinaio di Manchester sarà considerato dalla comunità scientifica la prima vittima al mondo di AIDS. La storia del marinaio di Manchester finisce purtroppo qui. Ma la storia della tragica epidemia di AIDS da quel momento iniziata, è ben lungi dal concludersi. È ormai accettato da tutti gli studiosi che la malattia abbia avuto origine nell'Africa Sub-Sahariana, provocata da un retrovirus animale, l'HIV. Se ne conoscono due ceppi: HIV1, il più rappresentato, responsabile della maggior parte dei casi di malattia, e HIV2. Questo virus, che nei secoli scorsi aveva il suo serbatoio naturale nelle scimmie africane, nel corso del XX secolo si è trasmesso all'uomo in modo non ancora completamente chiarito. Sono ad oggi circa 28 milioni le vittime accertate

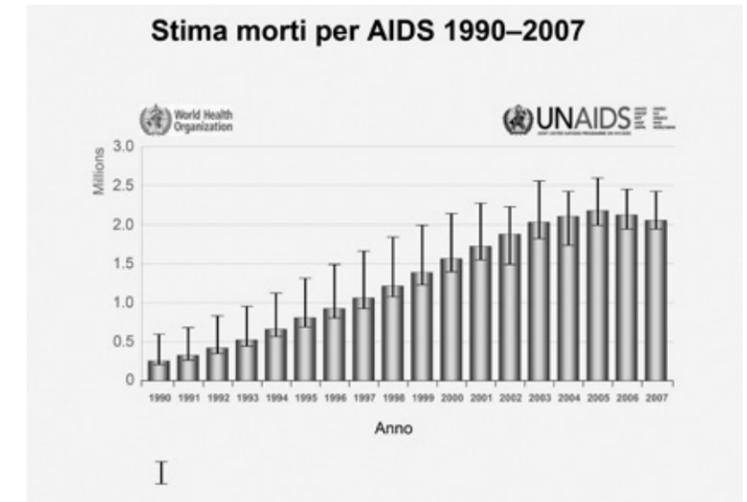
di AIDS. Ma come ha fatto un virus delle scimmie, per secoli confinato in questa specie animale, a trasmettersi in un certo periodo storico alla specie umana, diventando il responsabile di una catastrofe sanitaria di proporzioni inimmaginabili? Le ipotesi al riguardo sono varie. Quelle più plausibili, e le controversie scientifiche derivate, sono state mirabilmente riasunte in un bel lavoro teatrale, "L'Origine del Male". L'autore è Christian Biasco, il quale definisce l'opera un "documentario teatrale". Lo spettacolo è stato portato da @uxilia onlus in numerose città italiane. La teoria del trasferimento naturale propone il passaggio accidentale del virus durante la macellazione delle carni di scimmia, consumate come alimento. Il virus si è poi diffuso ed adattato all'uomo, probabilmente per il riutilizzo di siringhe monouso. In Africa, nel secondo dopoguerra, questa era una malpractice molto diffusa. Un'altra ipotesi chiama in causa le sperimentazioni fatte sull'uomo con inoculazioni di sangue di scimmia. Infine, l'ipotesi definita OPV (vaccino orale antipolio) presume la contaminazione di un vaccino orale sperimentale contro la poliomielite, distribuito negli anni '50 in alcune zone dell'Africa. Secondo quest'ultima teoria, potrebbe essere stato l'uomo, attraverso un utilizzo poco accorto di materiale biologico derivante dalle

scimmie africane, ad indurre la comparsa dell'AIDS. Lo scienziato americano Hilary Koprowsky, dell'Istituto Wistar di Philadelphia, in collaborazione con ricercatori belgi, aveva approntato un vaccino antipolio orale chiamato CHAT, creato con virus attenuato e coltivato su tessuto di rene di scimpanzé. Tra il 1957 ed il 1960, questo vaccino fu distribuito a circa un milione di persone in Congo, Ruanda e Burundi. Tom Curtis, un giornalista americano, pubblica la teoria OPV sulla rivista "Rolling Stone" nel marzo 1992. Edward Hooper, giornalista britannico, pubblica, nel 1999, il libro "The River". In questo lavoro, dopo anni di ricerca, ed attraverso centinaia di documentazioni prelevate da archivi africani, europei, americani, la teoria viene ribadita. Bill Hamilton, famoso biologo evoluzionista, sostiene la stessa tesi ed induce la Royal Society, di cui è membro onorario, a tenere, nel settembre del 2000, una sessione dedicata a questo tema. Nel corso del meeting, vengono riportate le analisi su campioni del vaccino originario di Koprowsky, che però risultano esenti sia da virus HIV, sia da DNA di scimpanzé. Ciò comporta la definitiva smentita di questa teoria, tanto che il virologo Robert Weiss, sulla rivista Nature, afferma "...alcuni bellissimi fatti hanno distrutto una brutta teoria". Per la comunità scientifica internazionale, la teoria

Christian Biasco durante la rappresentazione teatrale



non ha fondamento e rappresenta solo una minaccia per le future campagne di vaccinazione. Ma Hooper non si arrende e ribatte queste conclusioni, dicendosi sicuro che alcune partite del vaccino CHAT sono state prodotte in Africa alla fine degli anni '50. Indica un luogo, Kisangani (ex Stanleyville), città della Repubblica del Congo, un medico, il belga Paul Osterrieth, direttore del locale laboratorio di microbiologia, numerosi testimoni che confermano che il vaccino CHAT era stato prodotto in quel laboratorio. Individua un accampamento situato nelle vicinanze, dove erano stati localizzati circa 600 scimpanzé, tutti uccisi nell'arco di 3 anni per effettuare prelievi di organi e sangue a scopo sperimentale. Di contro, subito dopo il meeting della Royal Society del 2000, alcuni laboratori di microbiologia, tra cui il Los Alamos National Laboratory, hanno effettuato confronti filogenetici e datazioni della sequenza progenitrice del gruppo principale dell'HIV-1, concludendo che il salto di specie del virus HIV dallo scimpanzé all'uomo è avvenuto nella prima metà del XX secolo (1915-1941), molto prima delle vaccinazioni africane. Le discussioni maturate sull'ipotesi OPV quale origine dell'AIDS portano inevitabilmente a pensare che l'uomo, nella sua corsa alla conoscenza ed allo sviluppo scientifico, corre il rischio di provocare ai suoi simili conseguenze non immaginabili. Ciò, ovviamente, non è dimostrato nel caso dell'origine dell'AIDS. Ma teniamo presente che in tutti i progressi dell'ingegneria genetica, negli studi sui cibi transgenici, sulla clonazione, sui nuovi farmaci, sugli xeno-trapianti, questi rischi



diventano possibili. "L'Origine del Male" di Christian Biasco si conclude interrogandosi "Chi decide quando il rischio è accettabile? E come? Queste decisioni dovrebbero spettare alla collettività o sempre e solo ad un manipolo di ricercatori? A cosa ci porterà una società basata sulla competizione, sull'individualismo, dove conta solamente chi è più forte, chi ha di più, chi vende meglio e dove solo chi arriva primo vince?". Oggi, comunque, tutti gli organismi nazionali ed internazionali che si occupano di sanità pubblica concordano nell'affermare che il vaccino antipolio orale di Sabin è sicuro ed efficace e che pertanto è opportuno

proseguire in tutti i Paesi il programma di eradicazione mondiale della poliomielite. Questa malattia va debellata completamente, come accaduto per il vaiolo. Dal 2003, invece, si registra un aumento di nuovi casi di poliomielite in Nigeria ed in altre nazioni africane, così come in alcune aree di Pakistan, India e Bangladesh. Probabilmente, ciò è legato al rifiuto della vaccinazione da certa parte di quelle popolazioni. Tale atteggiamento sta mettendo a repentaglio la possibilità di eliminare definitivamente la malattia. È un prezzo che nessuna polemica scientifica, per quanto giusta, può far pagare al genere umano.

I punti chiave dello studio Aids epidemic update 2009

Il rapporto Aids epidemic update 2009 è suddiviso in capitoli che trattano singolarmente le varie aree del pianeta ma, tralasciando le differenze locali, sono comunque individuabili alcuni temi comuni:

- l'Aids continua ad essere una delle maggiori priorità per la salute pubblica e, anche se i progressi ottenuti con politiche di prevenzione sono importanti, il numero di persone che vive con l'Hiv è in continua crescita;
- la diversa diffusione dell'epidemia è riscontrabile non solo tra i vari Paesi, ma anche al loro interno ed evidenzia la necessità di adottare strategie di prevenzione locali e decentralizzate;
- l'epidemia è in evoluzione: nell'Europa orientale e in Asia centrale le infezioni, diffuse in passato soprattutto per via parenterale tra i consumatori di droghe, si stanno ora diffondendo sempre di più attraverso i rapporti sessuali;
- la prevenzione sta raggiungendo risultati importanti: anche se il numero di persone che vivono con l'Hiv è in aumento, le nuove infezioni sono in diminuzione;
- la copertura delle terapie antiretrovirali è in crescita ed è passata dal 7% del 2003 al 42% del 2008.

Guardare al futuro

Il rapporto Aids epidemic update 2009 individua, per il periodo 2009-2011, diverse aree d'intervento prioritarie:

- la prevenzione del contagio da madre a figlio;
- l'estensione della copertura dei trattamenti;
- la prevenzione dei decessi per tubercolosi tra le persone che vivono con l'Hiv;
- la prevenzione dei contagi tra tossicodipendenti;
- la rimozione di leggi, politiche, pratiche e discriminazioni che ostacolano risposte efficaci all'Aids;
- la lotta alla violenza verso donne e ragazze;
- l'intensificazione del livello di protezione sociale tra le persone con l'Hiv.

IL NOSTRO **SORRISO** IN SRILANKA



@uxilia nel nord dello Sri Lanka gestisce adozioni a distanza, la costruzione di scuole, piani di istruzione, di formazione e pedagogici per concedere ai bambini superstiti dello tsunami e della guerra civile una speranza di vita migliore.



**CONSTRUCTION OF
PRE-SCHOOL BUILDING
PERIYAKALLAR**

FUNDED BY : @UXILIA ONLUS TRIESTE ITALY
IMPLEMENTED BY : KOINONIA




C'è la necessità di portare alcuni bambini vittime del conflitto appena conclusosi, per il trattamento ortopedico del posizionamento protesico interno od esterno, in modo che possa essere data loro una capacità lavorativa e di sostentamento ad una vita autonoma.

AIUTACI PER POTER AIUTARE!

@uxilia - SOCIAL NEWS Sede principale e contatti: via Carraria, 99 - Cividale del Friuli (UD) • www.uxiliaitalia.it • E-mail: info@uxilia.fvg.it
 • Tel. 347 6719909 - Fax +39 0432701465



@uxilia
SOCIAL NEWS

Per sostenerci e/o iscriversi:
 Bollettino: C/C postale 61925293
 IBAN: IT15 HO76 0102 2000 0006 1925 293
 5 per mille: C.F. 90106360325