

INCHIESTA DI FERRAGOSTO

Un attacco alla lotta all'Aids

Nell'edizione della vigilia di ferragosto, il quotidiano "Il Giornale" ha scelto di aprire la prima pagina presentando una "inchiesta" sui bilanci delle associazioni no-profit con un titolo a sette colonne tutto diretto contro Anlaids: "Gli aiuti per la lotta all'Aids? L'87% va in tasca ai fiorai". Nell'articolo, firmato da Stefano Filippi, si prendevano

in esame alcune voci del bilancio di Anlaids, reso pubblico sul sito internet www.anlaids.org (senza peraltro che le onlus ne abbiano obbligo), per dedurne che i costi dell'operazione di raccolta fondi Bonsai Aid Aids erano ben superiori alle somme che l'associazione riesce a ottenere. Secondo l'autore dell'inchiesta il margine del contributo netto, detratte le spese organizzative, che Anlaids riesce a ottenere da Bonsai Aid Aids sarebbe percentualmente ridotto a "meno del 20%".

Il giornalista lamenta poi che in pieno agosto i responsabili amministrativi dell'associazione non fossero immediatamente disponibili presso la sede centrale, da lui contattata per ottenere informazioni più dettagliate anche relative ai bilanci degli anni precedenti. A nulla è valso il fatto che l'associazione si sia dichiarata completamente disponibile a fornire tutte le informazioni appena gli amministratori fossero rientrati dalle ferie.

Ma l'articolista non si limitava a stupirsi che una manifestazione che prevede l'allestimento di migliaia di banchetti in tutta Italia potesse avere dei costi: il tono dell'articolo era deliberatamente forzato per creare lo "scoop" e insinuare nella mente del lettore il dubbio che dietro le attività delle associazioni di volontariato prese in esame (insieme con Anlaids, anche l'Associazione italiana per la ricerca contro i tumori e altre ancora) si nascondesse chissà quale scorrettezza. Tanto che l'articolo si chiudeva con un invito ai sostenitori a "chiudere i rubinetti" che alimentano le attività delle associazioni.

Immediatamente la presidente Anlaids Fiore Crespi ha inviato una lettera alla direzione del Giornale, in quel periodo affidata a Mario Giordano: "le inchieste corrette e circostanziate sono sempre ben venute come pure le pratiche giornalistiche sottoposte al Garante dell'informazione

– scriveva la presidente – Gli scoop di agosto forniscono realtà distorte nei confronti di Associazioni che ogni giorno sono impegnate per i diritti delle popolazioni marginali. Pertanto auspico un'informazione corretta e non frettolosa".

E stato inoltre emanato un comunicato stampa per precisare che in tutte le attività inerenti Bonsai Aid Aids e nelle iniziative finanziate attraverso di questo evento non si nasconde alcuna scorrettezza né alcun motivo perché i sostenitori debbano "chiudere i rubinetti", come l'articolo di Stefano Filippi suggerisce. Grazie a quei fondi, infatti, Anlaids porta avanti da anni, ogni giorno dell'anno, iniziative importanti nel campo dei suoi obiettivi statutari, inerenti la lotta all'Aids, argomento troppo

spesso dimenticato anche dagli organi di informazione come quello che ha pubblicato la sedicente inchiesta.

Le paranoie della modernità

EDITORIALE
 di *Fiore Crespi*
 presidente nazionale
 Anlaids



A volte ci si domanda perché nasce o perché si aderisce ad una associazione.

A questa **prima domanda** risponderi: nel 1985 un'associazione come l'Anlaids è nata per studiare l'evoluzione dell'Hiv e per combattere lo stigma attorno alle persone sieropositive o in Aids.

Le persone che contraggono un virus non vanno falsamente aiutate o difese filtrando i loro comportamenti attraverso giudizi morali che le frantumano in categorie. Esse finirebbero inesorabilmente per essere classificate attraverso le loro azioni e non attraverso il loro essere preda di un virus non ancora vinto.

2ª domanda. Come si sostengono finanziariamente i principi statutari di un'associazione come l'Anlaids? Per la verità ogni sistema può essere appro-

continua a pag. 2





L'INCHIESTA



EDITORIALE – DI FIORE CRESPI

continua da pag. 1

vato o criticato, non credo ci sia ancora una precisa formula, se non tutto ciò che ci indica la normativa nazionale.

3ª domanda. Attraverso fondi pubblici? Se così fosse, sarebbe a rischio la sopravvivenza in quanto un'associazione responsabile di un progetto anticipa tutte le azioni e relativi fondi e dopo aver dato i risultati richiesti resta in attesa dei rimborsi stabiliti dal progetto approvato dalle Istituzioni.

4ª domanda. Attraverso il numero degli associati? Purtroppo l'Aids non viene considerata il massimo come appeal dell'"apparire".

5ª domanda. Progetti nel sud del mondo? Questi progetti rappresentano un mondo straniero e a risorse limitate che si vuole più che mai tenere lontano, deve solo toccare il cuore e promuovere con un gesto del valore di in caffè o di un cappuccino, che raramente va oltre l'effetto mediatico e purtroppo non innesca una solida volontà di cambiamento.

6ª domanda. Con il sostegno delle case farmaceutiche? Queste aziende internazionali hanno ben chiare regole su come investire le risorse e tuttavia il loro aiuto fa scattare immediatamente il dubbio di interessi mal celati e di opportunismo.

7ª domanda. La social responsibility delle aziende? Il circolo virtuoso della charity all'anglosassone trova sempre più numerosi bisogni o calamità, quindi difficilmente sceglie l'immagine dell'Aids, un po' fuori moda dopo 20 anni.

8ª domanda. Col sostegno di campagne raccolta fondi? Per quanto riguarda Bonsai Aid Aids per Anlaidi svolgendosi su tutto il territorio italiano permette, attraverso i volontari, e non è poca cosa, di accedere ad una pianta preziosa con la motivazione che abbina a questo un gesto di solidarietà, ma permette anche la distribuzione capillare su circa 3.000 piazze di materiale informativo sul virus, in-

formazioni mirate sulle precauzioni da prendere o di test clinici da effettuare: dove, come, perché.

9ª domanda. Cosa significa organizzare più di 3.000 piazze italiane? Allestire circa 3000 banchetti, ragionando in termini di utilità sociale e lavorativa attraversando tutta l'Italia, comporta un investimento di almeno 9 mesi lavorativi con non meno 100 persone addette nelle diverse fasi, circa 700 associazioni nazionali e locali coinvolte e sostenute con una percentuale del 10% a postazione per un loro progetto e circa 10.000 volontari, significativo coinvolgimento emotivo nei confronti di Anlaidi. Non va dimenticato il reperimento, il trasporto e la consegna piante, i contatti e le autorizzazioni con i Comuni, le autorità preposte e la comunicazione: radio, giornali, spot, manifesti oltre alla distribuzione gratuita di 250.000 copie di Anlaidi Notizie e materiale informativo.

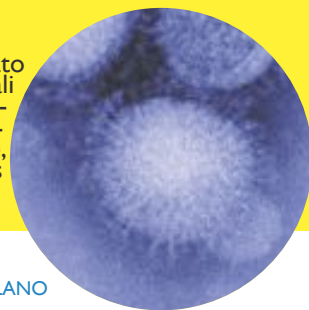
Quanto sopra per l'Anlaidi non ha mai comportato un rischio di impresa. Essa diviene la beneficiaria finale di una somma che va mediamente da 600.000 a 800.000 euro, quello che contrattualmente si definisce "piante in conto vendita". I risultati di 14 anni della manifestazione sono ampiamente illustrati in un opuscolo che viene aggiornato annualmente, distribuito sulle piazze ed inviato dall'Associazione ai suoi sostenitori e inserito nel sito Anlaidi.

Mettere sotto processo l'attività di un'associazione significa dimenticare che attorno ad essa si svolgono attività sociali, si dà sostegno a persone in difficoltà, si assicurano posti di lavoro classificati nei contratti nazionali del commercio e collaborazioni qualificate a progetto, con le obbligatorie responsabilità che ciò comporta e con l'accantonamento di cifre destinate per legge alla risoluzione dei contratti e non considerate gruzzolo da salvadanaio! Desidero sottolineare inoltre che le cariche statutarie sono sempre state e sono tuttora volontarie e gratuite; con ciò non ci si vuole ammantare di bontà ma è definito chiaramente dalle leggi sul volontariato, sia nazionali che regionali. Comprendo comunque che il racconto di un'ipotetica colpevolizzazione è più eccitante del racconto di una quotidiana difficoltà di prevenzione, accoglienza, studio e ricerca. La presenza e la continuità del volontariato è una virtù pubblica che viene sempre solo richiesta agli altri e dedicare i giorni di Pasqua all'Anlaidi non è un gesto da poco.

Un intellettuale lucido, onesto, informato e innovativo come lo psichiatra Giovanni Jervis affermava: "la mente umana è naturalmente portata al sospetto ma oggi viviamo nell'ossessione del complotto: le paranoie appunto della modernità".

Origine dei nuovi virus influenzali

Il nuovo virus influenzale A H1N1 è un virus di derivazione suina che si è ora adattato all'uomo ed è diventato trasmissibile da persona a persona. Quando virus influenzali di differenti specie animali infettano i maiali, i virus possono andare incontro a fenomeni di "riassortimento" e i nuovi virus sono, dal punto di vista del loro materiale genetico, una mistura di virus umani/aviari/suini. La comparsa di un nuovo ceppo virale, tuttavia, non è di per sé sufficiente a causare una pandemia in quanto il nuovo virus deve diventare capace di trasmettersi da uomo a uomo con efficienza.



PANDEMIA INFLUENZALE – DI CLAUDIA BALOTTA, OSPEDALE L. SACCO DI MILANO

H1N1: la nuova pandemia influenzale

Al 12 agosto 2009 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riportato 182.166 casi accertati di influenza A causata dal sottotipo H1N1 con 1.799 vittime accertate in 177 paesi. Questi numeri rappresentano una sottostima del numero reale dei casi in quanto un numero crescente di Paesi non segnala i casi lievi. Secondo le previsioni dell'OMS potranno essere almeno due miliardi i potenziali contagi dovuti a questo virus e, una volta esauritasi, la pandemia potrebbe aver colpito dal 15% al 45% della popolazione mondiale con una previsione media del 30%.

Decorso e complicanze

L'influenza di tipo A H1N1, sulla base dei dati ad oggi disponibili, sembra essere molto simile all'influenza stagionale ovvero avere un decorso lieve, moderato o grave. La forma 'grave' è caratterizzata da complicazioni, quali la polmonite sostenuta dal virus influenzale stesso o da altri patogeni che trovano, a seguito del danno dovuto al virus influenzale, un terreno fertile per il loro attecchimento nel tessuto polmonare.

L'influenza A H1N1, come l'influenza stagionale, può causare un peggioramento di patologie croniche pre-esistenti, quali la broncopatia cronica ostruttiva e le malattie cardiache, le malattie croniche, quali diabete, asma cronico, tumori, stati di immunodeficienza. A queste persone e a quelle in condizioni come la gravidanza e l'età avanzata viene consigliato di rinviare i viaggi internazionali non essenziali e di mettere in atto le misure profilattiche (vedi box a pagina 5) con particolare rigore. E, inoltre, sconsigliato per qualsiasi persona mettersi in viaggio in caso di malattia acuta. Le complicazioni gravi sono rappresentati da polmonite e insufficienza respiratoria che possono comportare decessi associati ad infezione da virus A H1N1. La vaccinazione con i vaccini antinfluenzali (vaccini stagionali), preparati sulla base dei virus circolati negli ultimi anni, con ogni probabilità non è efficace; la vaccinazione contro l'influenza classica è comunque una misura raccomandata in caso di viaggi internazionali.

La diagnosi

L'accertamento di laboratorio dell'influenza A H1N1 viene condotto su un campione di secrezioni respiratorie come il tampone nasale o faringeo, raccolto i primi 4-5 giorni dall'inizio dei sintomi ovvero quando l'eliminazione del virus è più elevata.

L'identificazione del virus richiede l'invio del campione ad un laboratorio di riferimento della rete INFLUNET.

[continua a pag. 4](#)

**La nuova influenza**

L'influenza di tipo A H1N1 è una infezione virale acuta a carico dell'apparato respiratorio che comporta sintomi del tutto simili a quelli classici dell'influenza stagionale: febbre che esordisce rapidamente, tosse, mal di gola, malessere generale. Sintomi frequenti associati sono sonnolenza, perdita d'appetito, in alcuni casi raffreddore, mal di gola, nausea, vomito e diarrea. L'influenza non viene trasmessa attraverso il cibo e non c'è rischio di infezione nel consumo di carne cotta di suini o prodotti derivati da carne di maiale. Non esiste alcun rischio nel consumo di carne cotta e prodotti a base di carne suina trattata in maniera appropriata: il virus H1N1, così come i batteri e altri virus, viene ucciso dalla cottura della carne a temperatura interna di 70-80 gradi; la stagionatura ottiene gli stessi risultati. La trasmissione da uomo a uomo del virus dell'influenza avviene per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce, ma anche per via indiretta attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie.

Fasi pandemiche

Quando il 25 aprile dell'anno in corso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha annunciato che si erano verificati in Messico casi di influenza sostenuti da un nuovo virus di tipo H1N1 si era nella fase pandemica 4, caratterizzata dall'avvenuto passaggio del virus da uomo a uomo, ma nella quale la trasmissione interumana era limitata e la diffusione era altamente localizzata.

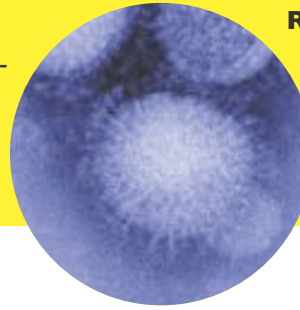
Rapidamente si è passati nella fase 5 pre-pandemica, forte segnale dell'imminenza della pandemia, caratterizzata da prove di trasmissione da uomo a uomo con epidemie documentate in almeno due Paesi di una stessa Regione.

L'11 giugno, in base al Piano Pandemico dell'OMS, è stato dichiarato il passaggio alla fase 6, atteso quale conseguenza dell'alta trasmissibilità del virus A H1N1 nei diversi Stati. In Italia alla data del 16 luglio si sono verificati 258 casi. L'OMS, come peraltro nelle altre fasi pandemiche, non raccomanda oggi le chiusure delle frontiere e la restrizione dei viaggi internazionali, anche in considerazione della manifestazione clinica della malattia, al momento di modesta gravità in quanto la maggior parte delle persone che ha contratto la nuova influenza è guarita anche senza la necessità di terapia farmacologica e ricovero ospedaliero.

Il massimo livello di allerta per la nuova influenza non è dovuto alla gravità clinica, ma alla diffusione geografica del virus.

Rapida diffusione

Una pandemia (dal greco antico *pan demos*, "tutto il popolo") influenzale è un'epidemia caratterizzata dalla diffusione rapida dell'infezione in diversi continenti (potenzialmente tutti), con un elevato numero di casi gravi appartenenti a tutti i gruppi di età e una mortalità elevata. Le pandemie, a differenza delle influenze stagionali causate da sottotipi di virus influenzali già esistenti che di anno in anno subiscono variazioni genetiche 'minori', sono causate da virus influenzali nuovi (con variazioni genetiche 'maggiori') per i quali la popolazione attuale non ha alcuna protezione anticorpale.



PANDEMIA INFLUENZALE

continua da pag.3

Questa rete è composta di circa 900 medici di medicina generale e pediatria di libera scelta che monitorano l'1.6% della popolazione italiana (circa 1 milione di persone). È il medico ad indirizzare l'eventuale caso sospetto al laboratorio di riferimento e ad effettuare la segnalazione obbligatoria del caso all'Azienda Sanitaria Locale.

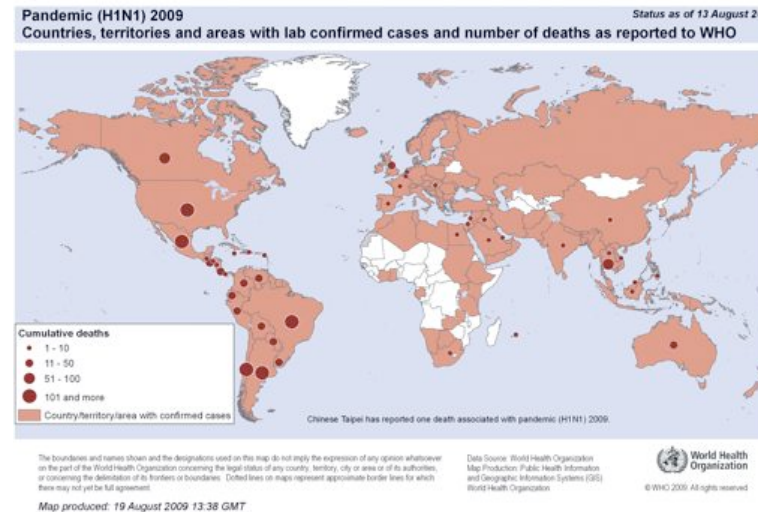
Mentre nelle fasi 4 e 5 la diagnosi di influenza veniva posta sulla base dell'accertamento della presenza del virus, nella fase 6 attuale, caratterizzata dall'incremento progressivo dei casi in Europa e in Italia, sono stati rafforzati i sistemi di sorveglianza ma non si ritiene più indispensabile la conferma di laboratorio dei casi sospetti e, di conseguenza, attualmente la diagnosi è basata solo sui criteri clinici (sintomatologia). L'analisi di laboratorio viene effettuata, su indicazione del medico, per tutti i casi che presentano un quadro clinico impegnativo e richiedono il ricovero. Inoltre, l'analisi di laboratorio viene condotta a campione ai fini della sorveglianza e nei casi che si sono manifestati in assenza di viaggi o di contatti con casi confermati.

I pazienti sono tenuti a informare il medico di un viaggio all'estero negli ultimi sette giorni dall'insorgenza della malattia, ma il sospetto di influenza A (H1N1) deve oggi essere preso in considerazione anche in assenza di viaggi all'estero.

Vaccinazione

La vaccinazione rappresenta lo strumento più efficace di prevenzione attraverso la sua somministrazione a una quota rilevante della popolazione, a partire dai

soggetti più fragili (anziani, bambini, soggetti defedati) e dal personale sanitario. Il vaccino specifico contro il virus A H1N1, in preparazione da parte di diverse aziende e in sperimentazione per verificarne l'efficacia protettiva, non è attualmente disponibile e potrebbe essere pronto in autunno. Sulla base delle stime sulla disponibilità dei vaccini, il Ministero è orientato a vaccinare il 40% della popolazione italiana, di cui quasi nove milioni entro il 31 dicembre 2009, la rimanente quota nei primi mesi del 2010. Attualmente non sono disponibili dati relativi



mappa del numero dei casi riportati al 12 agosto 2009, fonte www.who.org

Sorveglianza e Unità di crisi

Il Ministero della Salute ha istituito un'Unità di crisi, presieduta dal Vice Ministro Ferruccio Fazio, per la sorveglianza e la prevenzione dell'influenza da nuovo virus A H1N1 e l'attuazione del Piano di risposta alla pandemia influenzale, concordato a livello dell'Unione Europea. È stata rafforzata la rete INFLUNET per permettere la raccolta di informazioni e campioni virali. Attraverso le Regioni, le strutture di ricovero in generale e quelle specifiche per malattie infettive sono state attivate per la gestione dei casi sospetti e per i provvedimenti di contenimento e di trattamento appropriato.

PANDEMIA INFLUENZALE

continua da pag. 4

Farmaci antivirali

Per la profilassi e per il trattamento dell'influenza A H1N1 sono disponibili due farmaci inibitori selettivi dell'enzima neuraminidasi del virus dell'influenza A, glicoproteina presente sulla superficie del virione; entrambi i farmaci si sono dimostrati attivi in vitro ed efficaci nel ridurre la sintomatologia e le possibili complicanze; oseltamivir è assumibile per via orale mentre zanamivir è assumibile solo per via inalatoria e, per questa ragione, presenta maggiori problemi nel raggiungere le concentrazioni terapeutiche efficaci.



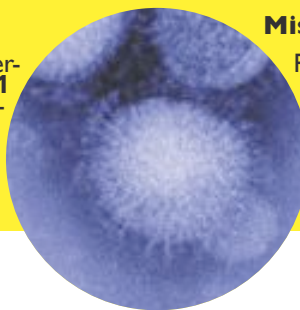
Anche se non sono note nel dettaglio le loro interazioni con i farmaci antiretrovirali, le proprietà farmacocinetiche degli antinfluenzali, come il basso legame con le proteine e un metabolismo indipendente dalle vie metaboliche degli antiretrovirali, indicano che sono improbabili interazioni farmacologiche clinicamente significative attraverso questi meccanismi. Come atteso, sono stati segnalati 12 casi di resistenza ad oseltamivir in pazienti, di distanti aree geografiche, che lo avevano utilizzato a scopo profilattico dopo esposizione; tuttavia in questi casi il virus continuava a essere sensibile a zanamivir.

Indicazioni all'uso degli antivirali: trattamento e profilassi

Il Ministero in una direttiva dello scorso 22 luglio ha aggiornato le indicazioni relative all'impiego dei farmaci antivirali. In primo luogo, per un uso razionale di questi farmaci, le persone con sospetta influenza A H1N1 con malattia febbrile non complicata non necessitano di essere trattate a meno che non siano a rischio di sviluppare complicanze che rendano grave il quadro clinico. Il trattamento in casi sospetti, probabili o confermati è fortemente raccomandato sulla base di ipossia (anche con radiografia negativa del torace), shock ipotensivo, alterazione del sensorio; è raccomandato in donne in gravidanza o in allattamento, asma in trattamento, obesità con indice di massa corporea maggiore di 30 e, infine, è considerato nei

Misure generali di prevenzione

Per contenere la diffusione dell'influenza le misure preventive che possono essere adottate da ogni persona, specialmente finché il vaccino non sarà disponibile, sono: evitare di frequentare luoghi chiusi affollati (per esempio bar, discoteche, cinema), lavare regolarmente e frequentemente le mani con acqua e sapone oppure con detergenti a base di alcol o salviettine disinfettanti, evitare di portare a contatto con naso, bocca e occhi le mani non pulite, aerare i luoghi di soggiorno con frequenza e regolarità, usare fazzoletti di carta quando si starnutisce



e tossisce ed eliminarli nella spazzatura, rivolgersi al medico all'insorgenza dei sintomi influenzali. Ai soggetti fragili, come misura generale di prevenzione, si sconsiglia la frequentazione di soggetti con una sintomatologia compatibile con quella influenzale, mentre è consigliabile l'uso della mascherina durante l'uso dei mezzi pubblici (treni, bus, tram) o la frequentazione di uffici e locali pubblici (per esempio ambulatori e ospedali).

I casi sospetti e le persone con influenza umana da nuovo virus A H1N1 devono essere isolate a domicilio e sono da considerare potenzialmente contagiose per tutto il periodo in cui manifestano sintomi, mediamente per 7 giorni dall'inizio della sintomatologia; anche nel giorno che precede l'insorgenza dei sintomi l'eliminazione del virus può essere fonte di contagio. I bambini, in particolare i più piccoli, possono potenzialmente diffondere il virus per periodi più protratti (10-15 giorni).

bambini di età inferiore ai 2 anni, persone affette da malattie croniche polmonari, cardiovascolari (esclusa l'ipertensione), renali, epatiche, ematologiche, neurologiche, neuromuscolari, diabete e disordini metabolici, infezione da HIV e immunodepressi per cause naturali o iatrogene. Il trattamento ha la durata di 5 giorni alla dose indicata dai produttori.

Un trattamento farmacologico profilattico per 10 giorni dall'ultima esposizione viene raccomandato in presenza di contatti stretti con casi probabili o confermati di soggetti a rischio di sviluppo di complicanze nell'evenienza che l'influenza A H1N1 presenti, in futuro, caratteri di virulenza superiore a quella dell'influenza stagionale. Attualmente la profilassi con farmaci può essere considerata per i bambini che, all'asilo o a scuola, abbiano avuto contatti stretti (faccia a faccia) con casi sospetti o confermati e che siano a rischio di sviluppare complicanze. Inoltre, possono essere candidati alla profilassi gli operatori sanitari venuti a contatto con materiali biologici di casi sospetti, probabili o confermati o non abbiano rispettato le norme preventive o non abbiano utilizzato propriamente i dispositivi di protezione individuale. La scorta nazionale di farmaci antivirali di cui il Ministero si era dotato per far fronte alla possibile diffusione dell'influenza 'aviaria', sostenuta dal virus H5N1, circolato molto limitatamente nel 2007, verrà potenziata ed è a disposizione delle farmacie ospedaliere per il trattamento dei casi che si stanno verificando; questi farmaci sono di difficilissimo reperimento in Italia nelle farmacie.

Dall'estero



USA

Obama si impegna contro l'Aids

Jeff Crowley, direttore dell'ufficio della Casa Bianca per le politiche nazionali sull'Aids, ha confermato l'impegno di Barack Obama per la lotta contro l'infezione da Hiv: "Il presidente ha molto a cuore la questione Hiv/Aids - ha detto - E si aspetta anche che ciascuno di noi faccia la sua parte". Crowley ha assicurato che Obama ha intenzione di rinnovare i finanziamenti del Ryan White CARE Act che forniscono denaro per le campagne statali e locali di prevenzione e cura per l'Hiv.

INDIA

Blocco generici: UE in tribunale

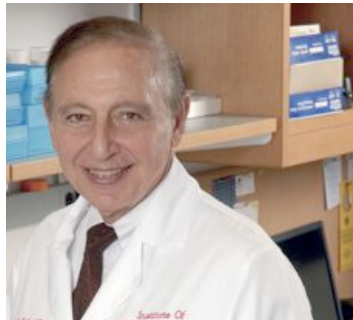
Secondo una notizia riportata dal sito internet dell'European Aids Treatment Group, l'India potrebbe presto citare l'Unione Europea presso l'Organizzazione mondiale del commercio: il paese asiatico, infatti, lamenta che i farmaci generici legali importati per combattere con i limitati mezzi economici a disposizione importanti malattie come l'infezione da Hiv, vengono fermati mentre sono in transito attraverso l'Unione Europea perché considerati contraffazioni.

Dalle sedi regionali

NAZIONALE

Gallo inaugura il congresso Anlaids

Sarà Robert Gallo, direttore dell'Institute of Human Virology della University of Maryland School of Medicine e scopritore insieme con Luc Montagnier dell'Hiv, l'ospite d'onore della sessione inaugurale del XXIII Congresso nazionale Anlaids "Aids e sindromi correlate" in programma a Venezia dal 18 al 20 novembre 2009. Lo scienziato sarà il protagonista di una special session su "Il passato, presente e futuro del vaccino Hiv". Prima di lui, all'inaugurazione del Congresso in programma a partire dalle



ore 16.00 nell'Auditorium Ospedale dell'Angelo di Venezia, due sessioni sul tema centrale dell'evento, "Le migrazioni": in questa occasione presenteranno le loro letture magistrali Giovanni Rezza dell'Istituto superiore di sanità che presenterà "La situazione dell'infezione dell'Hiv in Italia e gli stranieri", Stefano Vella, direttore del Dipartimento del farmaco dell'Iss, con una lettura su "L'accesso all'Haart nel sud del mondo", Aldo Morone, direttore dell'Istituto per la promozione della salute delle popolazioni migranti, la cui lettura è intitolata "Le migrazioni nell'età antica e moderna: ripercussioni sul sistema politico e sociale", Marco Agostini con un intervento su "Migrazioni, leggi, legalità" e Don Dino Pistolato che presenterà i dati italiani della Caritas migrantes.

NAZIONALE

Pagine regionali su anlaids.org

Dopo le ristrutturazioni degli ultimi mesi, il sito ufficiale dell'Associazione nazionale per la lotta contro l'Aids www.anlaids.org sta crescendo con nuove sezioni e notizie aggiornate. Tra le aree in fase di implementazione ci sono le pagine destinate ad accogliere le notizie e le attività delle singole sezioni regionali di Anlaids: ogni realtà locale può inviare al gestore del sito, dottor Carmine Falanga, testi, immagini, video da pubblicare sul sito. Tutte le informazioni saranno raccolte in aree specifiche che potranno integrarsi fino a diventare dei veri mini-siti regionali. L'indirizzo email a cui rivolgersi per inviare notizie di iniziative, progetti, partecipazione ad eventi e altre informazioni riguardanti le attività della sezione regionale è:

carmine.falanga@anlaidslombardia.org. Inoltre il sito è in fase di ampliamento e presenterà a breve, oltre a notizie aggiornate quotidiane su terapie, novità legislative, segnalazioni di iniziative, provvedimento e curiosità relative all'infezione da Hiv, anche una sezione con i principali documenti riguardanti le indicazioni terapeutiche, position paper e leggi in materia.



LOMBARDIA

Progetto europeo Safesex

La commissione europea ha finanziato il progetto Safesex promosso dal "Centre for sex education and health" di Odense (Danimarca) in collaborazione con Anlaids Lombardia. Il progetto, che punterà sui nuovi media, avrà tra gli altri obiettivi quello di integrare questi metodi di lavoro al fine di migliorare il livello di educazione sessuale e le competenze degli educatori nelle aree di progetto, ridurre la diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili e gravidanze indesiderate, organizzare una campagna di prevenzione a livello europeo. CSS vuole innovare e sviluppare i suoi metodi di lavoro esistenti e collaborare con partner di altri

Stati membri al fine di trasferire i suoi metodi e apprendere dai suoi partner nuove metodologie e strategie nella lotta all'Hiv, al fine di migliorare l'educazione sessuale. In definitiva questo dovrebbe portare a un miglioramento della salute sessuale dei giovani tra i 13 e i 18 anni di età, che sono il target del progetto. Il progetto avrà un budget di 700.000 euro e dovrebbe partire a maggio/giugno 2010.

USA

Magic Johnson in campo per la prevenzione

L'ex campione di basket Magic Johnson ha partecipato alla cerimonia inaugurale della Conferenza nazionale per la prevenzione dell'Hiv che si è tenuta ad Atlanta dal 23 al 26 agosto. "Il volto dell'Aids è cambiato, da malattia dei gay bianchi a malattia dei neri e dei



latinoamericani" ha detto Johnson, che ha dichiarato pubblicamente la propria sieropositività nel 1991. L'ex cestista ha anche spiegato come la Fondazione da lui creata per combattere la diffusione del virus stia lavorando a stretto contatto con le chiese nere americane: "Stiamo coinvolgendo i pastori perché, ad esempio, mettano a disposizione i pulmini delle chiese per trasportare i malati alle visite, ma anche perché incoraggino dal pulpito i fedeli a fare il test per l'Hiv". La conferenza di Atlanta ha attratto oltre 3.000 tra medici, ricercatori e attivisti.

Circoncisione per tutti?

Ha suscitato non poche polemiche la notizia secondo cui il Centre for Diseases Control statunitense starebbe considerando l'ipotesi di raccomandare la circoncisione a tutti i bambini e gli adulti a rischio in seguito alle evidenze secondo



cui questa pratica potrebbe proteggere dall'infezione da Hiv. Ma, mentre negli USA il provvedimento è solo un'idea e l'associazione dei pediatri ha già fatto sapere di non aver ancora sottoscritto niente in proposito, in Italia è stata riportata la notizia secondo cui questa pratica diventerebbe addirittura "obbligatoria". Paese che vai, informazione che trovi...

La parola ai lettori

Una Casa ispirata a Teresa

Ha ispirato generazioni di donne e uomini desiderosi di stare vicino a chi soffre fino a diventare un simbolo di dedizione e coraggio. Definì se stessa "la sposa di Gesù" per "tutta l'eternità", nonostante vivesse segretamente con profondo dolore l'incapacità di sentire la vicinanza del suo sposo: "per me - scrisse al suo confessore spirituale - il silenzio e il vuoto è così grande che io lo cerco e non lo trovo, provo ad ascoltarlo e non lo sento". Il tormento nascosto nell'anima di Madre Teresa di Calcutta è forse il segnale più eclatante della complessità di questo personaggio che ha ispirato il mondo intero, nonostante gli attacchi e le critiche che le sono piovute addosso in vita e, soprattutto, dopo la morte avvenuta esattamente 12 anni fa, il 5 settembre 1997. Una ricorrenza particolarmente sentita visto che molti si preparano a celebrare l'anno prossimo il centenario della sua nascita.

Era nata a Skopje con il nome di Agnes Gonxha Bojaxhiu il 26 agosto 1910: già diciottenne iniziò il suo percorso nella Chiesa cattolica nell'Istituto della Beata Vergine Maria in Irlanda, dove prese il nome di Teresa. Ma il momento in cui questa piccola donna dei Balcani si trasformò nel potente personaggio che oggi tutti conosciamo è segnato sulla strada tra Calcutta e Darjeeling dove, nel settembre del '46, comprese come il suo compito sarebbe stato quello di portare l'amore di Gesù alle anime dei sofferenti. Negli oltre 60 anni di servizio presso i poveri, Madre Teresa affrontò mille battaglie, fino a trovarsi in mezzo all'epidemia

di Aids. Spinta dalla sua vocazione, non rinunciò a essere vicina a chi veniva colpito da questa terribile malattia, nonostante essa stessa abbia dichiarato che, pur non volendo "etichettare l'Aids come un flagello di Dio, mi sembra che sia la giusta punizione per una condotta sessuale impropria".

La vicinanza ai sofferenti la portò a ricevere numerose onoreficenze, dal Premio indiano Padmashri nel 1962 al Premio Nobel per la Pace nel 1979. Intorno al 1993, si avvia un proficuo dialogo tra Madre Teresa e l'Anlaids che si concretizza l'anno successivo con l'inaugurazione a Roma della Casa Alloggio Dono d'Amore acquistata dall'associazione con i fondi raccolti da Bonsai Aid Aids e gestita dalle Missionarie della Carità (M.C.), l'ordine fondato dalla beata di Calcutta. Una struttura che, come la donna che la ha ispirata, ha attraversato mille difficoltà e attacchi: molti ricordano i malumori registrati nel '97 dagli abitanti del quartiere romano in cui è collocata la casa Dono d'Amore, preoccupati addirittura che gli ospiti potessero "contagiarli" con la loro sola vicinanza. Nonostante questo, però, la Casa

Alloggio è ancora oggi uno dei pochi punti di riferimento anche per madri sieropositive che non abbiano un posto dove vivere ed è diventata un esempio di accoglienza e conforto per tutta l'Italia e il mondo intero.

inviate
i vostri interventi
all'indirizzo
anlaids@anlaids.it
saranno pubblicati
in questa
pagina



Due domande di fine estate

Una riguarda il viaggiare di chi vive il problema della sieropositività e l'altra riguarda il bagaglio di corrette informazioni sulla prevenzione di tutti coloro che hanno una vita sessualmente attiva o comportamenti a rischio. Le risposte che si attendono dovrebbero arrivare dalla UE, da alcuni dei paesi membri e dal sistema sanitario nazionale.

La prima domanda

È possibile viaggiare, senza restrizioni, per le persone sieropositive?

Il Civil Society Forum Hiv/Aids (Csf) dell'Unione Europea rende noto che ben 21 paesi sui 52 della regione europea così come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno norme discriminanti per l'ingresso o la permanenza breve o di lungo periodo di persone Hiv+. Quindi una prima risposta è no! Consulto rapidamente il

database mondiale relativo alle restrizioni sui viaggi per dare un nome a questi paesi che immagino non appartenenti alla UE; in realtà non è così, anche alcuni tra i paesi dell'Unione adottano norme discriminanti sulla permanenza superiore ai 90 giorni di persone sieropositive, tra questi la Bavaria, la Sassonia, il Brandeburgo in Germania, la Repubblica Ceca, la Slovacchia, la Bulgaria... nel 2010 la Conferenza mondiale si terrà a Vienna, nel cuore della vecchia Europa, prima di quella data ci attendiamo una risoluzione dell'Unione che imponga la cancellazione di tali discriminazioni legali, quantomeno nei paesi membri UE.

La seconda domanda

A che punto è in Italia la realizzazione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da Hiv?

La situazione all'emanazione del decreto, il 31 marzo 2008, istitutivo di un sistema nazionale di raccolta delle notifiche di nuove diagnosi, vedeva in alcune regioni la presenza di sistemi di sorveglianza autoctoni e collaudati mentre nelle restanti, numerose, questo era totalmente o parzialmente assente. Il primo problema da affrontare: "riconvertire" i sistemi regionali esistenti e attivare i nuovi su un modello unico nazionale, utile a monitorare e a consentire di ricavare indicazioni sugli interventi e sulle azioni più efficaci da perseguire. Strettamente collegata a questo la riorganizzazione e la ridefinizione della rete, ospedaliera e territoriale, di servizi ed interventi di prevenzione primaria e secondaria. Facilitare e promuovere l'accesso al test non può non prevedere interventi coordinati nei luoghi di vita delle persone. Ad un anno e mezzo dal decreto la realizzazione sembra ancora lontana e si scontra con le ristrettezze dei bilanci che vedono, in alcune regioni, la riduzione e la concentrazione dei servizi, dove mancano le risorse, gli spazi e il tempo per la prevenzione.

La realizzazione del sistema di sorveglianza, quando verrà realizzato, consentirà una lettura approfondita dei dati senza trovare il supporto concreto dei servizi in grado di attuare gli interventi preventivi idonei; oggi, in attesa di una strategia complessiva riguardo la prevenzione primaria, sono alcune associazioni o qualche servizio, che suppliscono a questa con interventi locali, spesso di ottima qualità, i cui risultati non possono che essere limitati e locali.

