

Titolo: AIDS: Una malattia in evoluzione

Autore: Fernando Aiuti

Sono trascorsi oltre due decenni da quando furono individuati i primi casi di AIDS in USA e poi in Europa ed in Italia. Oggi l'epidemia del virus HIV (Human Immunodeficiency Virus), si è diffusa in tutto il mondo e nei prossimi anni questa infezione è destinata ad aumentare specie nell'Africa subsahariana, in Asia ed in Europa orientale. Tuttavia l'epidemia ora è cambiata. L'AIDS oggi non colpisce solo omosessuali e tossicodipendenti, infatti, il 90 % dei casi di AIDS e di infezione da HIV nel mondo (oltre 45 milioni cumulativi), sono eterosessuali. Le infezioni sono causate da vari ceppi del virus HIV, da nuove forme ricombinanti virali e nei Paesi sviluppati anche da ceppi resistenti ai farmaci antivirali emersi a causa dell'introduzione delle terapie antivirali. Quindi il clinico deve fronteggiare con nuovi strumenti (test delle resistenze) le continue evoluzioni dei ceppi virali emergenti.

Oggi sappiamo che alcuni fattori con causali favoriscono la trasmissione del virus HIV (rapporti sessuali promiscui, rapporti anali, coesistenza di altre malattie veneree , mentre altri sono fattori fortemente protettivi (monogamia reciproca, se i partner sono entrambi non infetti, circoncisione, prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse, resistenze ereditarie naturali).

I fattori di rischio possono annullarsi con atteggiamenti responsabili e tra questi ricordiamo l'astinenza per coloro che desiderano praticarla, l'uso del profilattico, l'esecuzione del test HIV per tutte le persone sessualmente attive e per ogni persona che ha rapporti sessuali completi anche stabili con un partner o prima di iniziare un rapporto di coppia.

Il test è anche raccomandato alle persone prima del matrimonio, prima di una gravidanza, durante la gravidanza. In caso di positività la persona deve sempre informare il proprio partner e comunque avere rapporti sempre protetti.

Pertanto le nuove campagne di informazione e prevenzione, sia in Italia, sia in Paesi in via di sviluppo, dovranno basarsi sulla corretta informazione, sul counselling delle persone con infezione da HIV e sull'invito a sottoporsi al test HIV, tenendo conto del contesto sociale e culturale delle aree epidemiche.

In Italia finora è prevalsa la teoria sostenuta avanti da alcune associazioni che le persone devono sempre proteggersi nei rapporti con il partner. Noi riteniamo che sia fondamentale anche sensibilizzare individualmente le persone con infezione da HIV ad informare della loro situazione sempre il partner e attuare tutte le misure necessarie per impedire la trasmissione del virus HIV. Bisogna anche divulgare l'informazione che se persone infette diffondono consapevolmente l'infezione ad altri possono essere punite dalla legge in quanto responsabili di grave lesione personale. Purtroppo il 50 % degli individui sono infettate da rapporti nell'ambito della coppia anche stabile. Molti non si rendono conto della gravità della situazione per carenza di informazione sulla malattia e perché si è diffuso un falso ottimismo sulla guarigione o su un prossimo vaccino.

Un altro aspetto è quello di fare rientrare quest'infezione nella "normalità". Oggi il test è riservato e su base volontaria, queste decisioni erano state prese in un periodo agli inizi degli anni 90 quando non era in vigore la legge sulla privacy. Con questa legge tutte le informazioni relative sulla salute di una persona sono coperte da segretezza al di fuori dell'ambiente sanitario e l'infezione da HIV deve rientrare tra le infezioni sessualmente trasmesse. A differenza di 20 anni orsono esistono cure e quindi la situazione è cambiata , quindi il test deve rientrare nella routine di tutte le indagini previste per curare una persona. La conoscenza per un sanitario che deve dare una terapia perché la persona è affetta da altra patologia deve essere completa, in quanto il deficit immunitario può aggravarsi per terapie immunosoppressive o per terapie con farmaci che sono metabolizzati a livello epatico o eliminati con il rene. Quindi un medico deve essere a conoscenza della patologia concomitante e dei farmaci presi dal paziente nell'interesse esclusivo del paziente stesso. Un'analoga situazione si presenta in caso di interventi chirurgici impegnativi o di trapianti, non solo per il rischio di infezione del chirurgo ma per evitare danni alla persona sieropositiva. Come si può procedere a un trapianto di fegato o di rene senza essere a conoscenza di un'eventuale concomitante infezione da HIV e quindi senza dare alla persona i farmaci necessari per prevenire l'aggravamento della infezione primaria ?. E ancora vi è il delicato aspetto della gravidanza. Oggi esiste una prevenzione della trasmissione dell'infezione da HIV, che se attuata dalla donna con infezione da HIV riesce a ridurre la trasmissione del virus HIV al neonato dal 25 % al 2 %.

E' sufficiente dare alla donna farmaci antivirali nelle ultime settimane di gravidanza e proporre il parto cesareo per ottenere questi risultati. Ma se la donna rifiuta il test, la profilassi non può essere attuata e quindi il neonato si troverebbe inconsapevolmente a rischio di contrarre l'infezione. Mi domando fino a che punto è consentito disporre da parte della donna della vita del nascituro ?

In sintesi credo che occorra rivedere, nell'interesse delle persone con infezione da HIV e dell'intera comunità, la normativa che consente di non sottoporsi al test HIV per le persone che devono essere operate, curate, sottoposte ad anestesie o ad indagini diagnostiche o che desiderano avere figli. In questi anni ho osservato numerosi casi di errori diagnostici dei medici che avevano proposto il test, le persone lo avevano rifiutato e sono stati diagnosticati di avere la malattia quando era ormai troppo tardi per curarsi o per proteggere dall'infezione il partner.

Per quanto riguarda i problemi dei paesi in via di sviluppo bisogna sensibilizzare i mass media a parlare di AIDS, non solo per il problema Africa ma anche per l'epidemia emergente in Europa dell'EST. Un altro aspetto riguarda le nuove infezioni che provengono con gli immigrati e che costituiscono il 30 % dei nuovi casi annuali italiani. Per ridurre queste problemi occorrerebbe istituire al momento della regolarizzazione di questi cittadini un counselling, un invito a sottoporsi al test nel loro interesse e in quello della comunità che li ospita. Ovviamente spiegando loro che l'Italia si colloca tra i Paesi europei contraria al test obbligatorio, ma è fortemente impegnata nella prevenzione di queste malattie e a curare tutti i cittadini che si devono regolarizzare. Un altro aspetto delicato riguarda la normativa che permette di fare uscire dal carcere persone che hanno l'infezione da HIV associata a grave difetti dei CD4. Il legislatore predispose questa legge quando non vi erano cure per i pazienti con infezione da HIV e quindi l'attesa di vita media di una persona sieropositiva con grave immunodeficienza era caratterizzata da un percorso di una vita con numerosi episodi infettivi gravi intercorrenti, da frequenti ricoveri in ospedale e da un'attesa di vita media attorno ai due anni. Oggi grazie alle terapie una persona con immunodeficienza grave (non in AIDS conclamata) può recuperare la situazione immunologica nel periodo di qualche mese e avere una vita normale e uno stato immunitario relativamente stabile per molti anni forse per alcuni decenni. Il legislatori insieme agli esperti infettivologi dovrebbero quindi riconsiderare quest'aspetto al fine di evitare che alcuni detenuti con condanne gravi siano rimessi in libertà in condizioni cliniche quasi normali. A questo proposito si dovrebbero proporre anche normative identiche per detenuti affetti da altre gravi e mortali patologie come alcuni tumori.

La ricerca nel campo dell'AIDS ha fatto enormi progressi. Non abbiamo ancora la guarigione dall'infezione, ma solo alcune strategie terapeutiche in grado di prolungare di alcuni decenni la vita media delle persone infette e di alcuni anni quella dei malati di AIDS. Questi farmaci sono in grado di rallentare la progressione dell'infezione in malattia e di addormentare per lunghi periodi la fase attiva. Il vaccino preventivo è ancora lontano anche se oggi, oltre 20 tipi di vaccini anti-HIV si stanno sperimentando nel mondo. I primi risultati per ora non sono molto incoraggianti in quanto nessun vaccino è in grado di evocare un'immunità protettiva nei soggetti sani immunizzati.

Le ricerche nel settore sono di grande aiuto per lo sviluppo di nuovi farmaci e nuovi vaccini anche di altre malattie, come i tumori, malattie infettive e malattie autoimmunitarie.

Grazie a queste scoperte, il sangue ed i derivati del sangue sono diventati sempre più sicuri, la trasmissione delle malattie infettive in ambienti ospedalieri ai malati e al personale sanitario è diminuita e le misure profilattiche adottate per l'AIDS hanno portato enormi vantaggi anche per altre malattie.

Ma ci sono ancora tante cose da fare, perché l'AIDS è in espansione in gran parte del mondo.

Dobbiamo potenziare le campagne di prevenzione ed informazione, sostenere la ricerca scientifica, fornire aiuti organizzativi assistenziali ai Paesi in via di sviluppo, dare farmaci a costi sostenibili a questi Paesi, migliorare le condizioni di nutrizione e la potabilità dell'acqua in Africa, prevenire la trasmissione materno-fetale dell'infezione da HIV con farmaci e parto cesareo. Dobbiamo fornire aiuti economici per dare alternative all'allattamento materno pericoloso per i neonati figli di donne con infezione da HIV.

Assistenza. La legge sull'AIDS 135/ 90 deve essere considerata chiusa per quanto riguarda la costruzione e ristrutturazione di posti letto. Le regioni hanno avuto tempo oltre dieci anni per portare a termine i loro progetti . Ci sono state situazioni scandalose di alcuni policlinici universitari che non

sono riusciti ad utilizzare una lira dei finanziamenti previsti dalla legge 90 per la costruzione e ristrutturazione dei reparti di malattie infettive che meriterebbero di essere sottoposte ad inchiesta. Interventi nell'ambito dei G8.

La politica in questo settore e la metodologia finora adottata non è stata molto costruttiva e non è stata in grado di realizzare le opere e gli interventi previsti. I programmi sono molto indietro rispetto ai tempi previsti. Inviare i farmaci senza creare le adeguate strutture per utilizzarli è un errore.

Il sistema adottato della partnership che è scelta direttamente dai paesi africani ha di fatto escluso la possibilità per l'Italia di intervenire in modo diretto. Il sistema finora prevedeva l'invio di progetti effettuati direttamente dai paesi africani che si sceglievano i loro partner dei paesi occidentali. Orbene con questo sistema quasi nessun progetto dei tanti presentati nel 2003-4 e poi finanziati ha visto la collaborazione dell'Italia. La debolezza del ruolo italiano in questi Paesi è stata negativa rispetto ad altri paesi europei. L'organizzazione sanitaria italiana, le tecnologie italiane, la ricerca applicata italiana sono state quindi penalizzate. L'Italia non dovrà in futuro mancare agli impegni presi, ma deve cercare di fare cambiare le regole per essere inserita negli aiuti a questi paesi. I progetti dovrebbero essere meglio integrati e con una distribuzione di aiuti proporzionale ai fondi che sono finanziati dai vari paesi appartenenti al G8. Il nuovo Ministro degli Esteri Fini dovrebbe avere un ruolo determinante in questo settore attuando collegamenti e nuove strategie di interventi anche con il Ministero della Salute.

Prof. Fernando Aiuti

Ordinario di Medicina Interna e Immunologia Clinica

Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Vicepresidente Commissione Nazionale AIDS Ministero della Salute

Presidente Associazione Nazionale Lotta all'AIDS

il Maestrale