



Il Riflettere

Y	4
工	9
H	1
@	△
Z	3

C.L.I.

**RIVISTA MENSILE
ORGANO UFFICIALE**

ANNO XXVI N. 10 - OTTOBRE 2025

**... IN IL MONDO E' IN
GUERRA**

2025 "IL RIFLETTERE" COMPIE XXVI ANNI

IL MONDO E' IN GUERRA

**Gaza è genocidio, nel totale silenzio dei politici
doppio-giochisti dei cosiddetti Paesi di G7**



Foto e testi copyright Edizioni A.I.A.C. - "Il Riflettere"

"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"



L'Onu accusa di **genocidio** nella Striscia di Gaza da parte dello Stato d'Israele. Governi nazionali oltre tante organizzazioni non governative e Amnesty International. La **Corte internazionale di giustizia** (CIG) delle **Nazioni Unite** ritiene «**plausibilmente genocidarie**» le azioni d'Israele a **Gaza**, **14 Paesi** hanno poi dichiarato la loro intenzione d'intervenire presso la **CIG** al fianco del **Sudafrica**. Complici immobili i «**cosiddetti Paesi grandi**», ormai l'**America** con le quotidiane «**schizofrenie**» di **Trump**, che oltre a ritardare la nascita degli **Stati Uniti d'Europa**, con doppi giochi anche con la **Russia** di **Putin**, che ha capito bene lo strano «**personaggio**» del giorno e ha potenziato la guerra in **Ucraina**. La **Defence Intelligence Agency** (DIA) non ha ancora potuto esaminare se gli impianti nucleari iraniani sono stati distrutti, anche dall'offensiva statunitense, con la quale Washington è entrata nel conflitto di Israele contro l'Iran, ha coinvolto **125 aerei**, tra cui sette bombardieri B-2, aerocisterne di rifornimento, aerei da ricognizione e jet da combattimento. Sono state utilizzate anche **75 bombe e missili**. **Trump**: ha annullato così il processo a **Netanyahu**. Quasi **380 scrittori** provenienti da **Regno Unito** e **Irlanda**, tra cui **Zadie Smith** e **Ian McEwan**, hanno denunciato in una lettera aperta il «**genocidio**» di **Israele** a **Gaza**, sollecitando un cessate il fuoco. Inoltre hanno invitato «**le nazioni e i popoli del mondo a unirsi a noi per porre fine al nostro silenzio collettivo e all'inazione di fronte all'orrore**».

Per risposta **Israele** invade **Gaza**, l'Onu ha detto che a: «**Gaza-City 2 milioni di persone, tra cui bambini e anziani, pagano prezzo nostro fallimento nel fermare la macchina di morte lanciata contro di loro. Non possiamo più deluderli**».

Finché **Trump** non cambierà la prospettiva attraverso cui guarda alla crisi a Gaza, dove le **Nazioni Unite** è considerata solo ostacolo, non si raggiungerà alcuna svolta nella risoluzione della crisi in Medio Oriente.

Papa **Leone XIV** nel merito ha detto. «**il Medio Oriente è terra martoriata. I popoli hanno bisogno di pace anche la popolazione nella striscia di Gaza**».

Gennaro Angelo Sguro



"A.I.A.C."

Associazione Internazionale di Apostolato Cattolico
International Association Catholic Apostolate
Presidente: Gennaro Angelo Sguro

Visitate il ns. SITO in INTERNET: www.aiac-cli.org

Il Riflettere

Organo Ufficiale dell'A.I.A.C.

I numeri precedenti si possono leggere e scaricare sul sito:
www.aiac-cli.org- **Rivista Mensile**

Anno XXVI - N.10 Ottobre 2025 - Spedizione in
 Abbonamento Postale - 45% - Art. 2, Par. 20/b,
 Legge 662/96 - Ufficio di Napoli
 Stampato internamente al computer a cura
 dell'A.I.A.C. - Via Epomeo, 460-Napoli-80126-IT-
 Telefax: 39-81-767.61.71 - Cell. 347.40.34.990

ORGANO CONSULTIVO

"Centro Studi Don Luigi Sturzo" dell'A.I.A.C.

DIRETTORE RESPONSABILE

Gennaro Angelo Sguro

SEGRETARIO DI REDAZIONE

Tina Ranucci

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Giuseppina Ercolesi

Copertina: Il mondo é in guerra

a rivista dal 2005 è mensile e viene spedita in abbonamento annuo ai Soci Fondatori, Sostenitori, Promotori ed Ordinari ad Euro 30,00 (Estero E 40,00), agli Enti, Amministrazioni Pubbliche e benemeriti sostenitori ad Euro 50,00 (Estero Euro 70,00). Le singole copie non sono in vendita. Gli scritti e le richieste di abbonamenti ed estratti vanno inviati a:

A.I.A.C. - "Il Riflettere" - Via Epomeo, 460-Napoli-80126
 80126-IT-Telefax: 081-767.6171 - Cell. : 347-40.34.990-

E' vietata ogni forma di riproduzione

Autorizzazione del Tribunale di Napoli - in corso

... in **IL MONDO E' IN GUERRA**

"If you want peace, work for justice"
 "Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"



Il discorso “Show” di Trump alle Nazioni Unite

Un delirante nuovo discorso “Show” alle Nazioni Unite di Trump tra l’altro dice in quasi un’ora e dai toni molto duri e irrituali, ha messo in discussione la missione delle Nazioni Unite e ha tenuto una “lezione” alle nazioni membri presenti all’Assemblea generale dell’Onu. Trump si è autocelebrato e ha accusato l’Onu di essere inefficace, presentandosi come l’unico leader in grado di risolvere i problemi del mondo, dai conflitti all’immigrazione, dalla minaccia del nucleare all’energia. Mentre l’Assemblea generale si è riunita per il suo ottantesimo anniversario, con le guerre in corso a Gaza, in Sudan e in Ucraina, Trump ha sostenuto di aver risolto conflitti in tutto il mondo, “come mai nessun leader nel mondo e comunque in tutti i casi le Nazioni Unite non hanno nemmeno provato ad aiutare in nessuno di essi. Si è preso il merito di aver posto fine ai conflitti tra Israele e Iran, Cambogia e Thailandia, e Armenia e Azerbaigian, Trump ha nuovamente incolpato il suo predecessore, Joe Biden, della decisione della Russia di invadere l’Ucraina. Inoltre ha affermato che Cina e India stanno finanziando la guerra acquistando petrolio russo, e ha detto di essere pronto a imporre ulteriori dazi contro la Russia se non accetterà un cessate il fuoco, ma solo se l’Europa interromperà tutti gli acquisti di petrolio e gas russi. Trump è andato ben oltre i quindici minuti concessi per attaccare “l’energia verde”, definendola la “strada che porta alla bancarotta”, definendola “la più grossa truffa perpetrata al mondo” il cambiamento climatico e “un’altra truffa” gli accordi di Parigi sul clima. Sull’immigrazione, punto intorno al quale è tornato più volte, il presidente americano ha dichiarato che “è tempo di mettere fine ai confini aperti” e ha invitato gli altri Paesi a seguire il suo esempio, affermando: “O finirete nell’inferno”. Oltre a Biden, Trump ha preso di mira avversari politici e alleati della Nato, in particolare gli europei, accusati di “finanziare la guerra contro loro stessi”, riferimento all’acquisto di gas e petrolio russo, considerato un finanziamento indiretto dell’attacco all’Ucraina. Il presidente del Brasile, Inacio Lula da Silva, poco prima aveva definito “inaccettabili gli attacchi alla giustizia brasiliana” - riferimento alle ritorsioni di Trump dopo la condanna del suo amico ed ex presidente Jair Bolsonaro per il tentato colpo di Stato del 2023 - e a lui Trump ha destinato una irrituale minaccia. “Il Brasile sta facendo molto male - ha detto il tycoon - e continuerà a fare male se non collaborerà con noi, fallirà come è successo ad altri Paesi”. Sulla questione palestinese Trump ha ribadito la sua posizione: non ne riconoscerà lo Stato come hanno fatto, invece, alcuni suoi alleati, come Regno Unito e Francia. Trump ha, invece, ripetuto la sua richiesta del “rivogliamo tutti gli ostaggi” da Gaza, senza menzionare la questione degli sforzi israeliani per prendere la città di Gaza né le sue precedenti promesse di far arrivare più cibo e aiuti all’enclave palestinese. Il blocco degli aiuti imposto da Israele, mentre la crisi umanitaria cresce, ha suscitato accuse di genocidio. Nel suo discorso di apertura, il segretario generale delle Nazioni Unite, António Guterres, aveva messo in guardia sullo stato pericolosamente caotico del mondo, offrendo però un segno di speranza che unità e diplomazia possano riportare stabilità. “Ovunque le persone chiedono qualcosa di meglio, e noi dobbiamo loro qualcosa che sia degno della loro fiducia”, ha detto.

Ciro De Luca

"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"

... in IL MONDO E' IN GUERRA



Netanyahu, incriminata per crimini di Guerra evoca il "Grande Israele"

Cento anni di storia di Gaza City

Dal controllo britannico all'escalation militare del 2021, cosa è successo nella Striscia. L'approvazione del piano israeliano per la 'occupazione di Gaza City segna un altro capitolo nella travagliata storia del capoluogo della Striscia. Ecco una breve cronologia del a ultimo secolo di vita della città simbolo dell'identità palestinese. Mandato britannico e amministrazione egiziana - 1917: durante la Prima guerra mondiale, Gaza passa sotto controllo britannico dopo la Terza battaglia di Gaza. - 1920-1948: mandato britannico di Palestina: la città è amministrata dal Regno Unito, cresce la tensione tra comunità arabe ed ebraiche. - 1948: guerra arabo-israeliana: Gaza City e l'intera Striscia passano sotto amministrazione egiziana. L'afflusso massiccio di rifugiati palestinesi, fuggiti o espulsi da altre aree, aumenta drasticamente la popolazione. - 1956: Crisi di Suez, Israele occupa temporaneamente la Striscia, restituendola poi all'Egitto per la pressione della comunità internazionale. - 1967: Guerra dei Sei Giorni, Israele occupa Gaza e la Cisgiordania, imponendo un controllo militare diretto. Intifada e accordi di Oslo-- 1987: inizio della Prima Intifada, Gaza City è uno degli epicentri della rivolta popolare palestinese contro l'occupazione israeliana. - 1993-1994: Accordi di Oslo, Gaza City è tra le prime aree a passare sotto l'Autorità Nazionale Palestinese, con Yasser Arafat che vi stabilisce parte del suo governo.

Netanyahu evoca il "Grande Israele"

Netanyahu decide domani su Gaza, 'L'Idf si adegnerà'. Camion di aiuti preso d'assalto si ribalta, 20 morti. Witkoff arrivato a Mosca. Alle prime luci dell'alba l'incidente mentre si distribuivano le merci. Dopo una riunione ristretta sulla sicurezza per discutere i piani militari a Gaza, il primo ministro israeliano, Benjamin Netanyahu, è fortemente propenso a occupare la Striscia, secondo quanto riferito da una fonte anonima a conoscenza dei dettagli all'emittente pubblica Kan. Altre testate giornalistiche in lingua ebraica, tra cui Ynet e i24 News, riportano notizie simili, tutte citando fonti anonime. All'incontro hanno partecipato il Capo di Stato maggiore delle Idf, Eyal Zamir, e il ministro della Difesa Israel Katz, insieme al ministro per gli Affari Strategici Ron Dermer. Le Idf attualmente controllano circa il 75% della Striscia di Gaza, ma secondo il nuovo piano, l'esercito dovrebbe occupare anche il territorio rimanente, portando l'intera enclave palestinese sotto il controllo israeliano. Una fonte ha riferito a Kan che il governo è consapevole che la campagna militare per ottenere il pieno controllo di Gaza probabilmente metterà in pericolo gli ostaggi rimasti nella Striscia, di cui si ritiene che 20 siano ancora vivi. L'emittente afferma che le Idf e l'establishment della Difesa rimangono contrari al piano, in parte perché mette gli ostaggi a rischio di essere giustiziati dai loro rapitori qualora le truppe si avvicinassero al luogo in cui sono trattenuti. Media, fonti dell'ufficio di Netanyahu: "L'esercito eseguirà le decisioni del governo". L'esercito israeliano è pronto a eseguire le decisioni che saranno prese dal governo sull'occupazione di Gaza. Lo fa sapere una fonte dell'ufficio del primo ministro, Benjamin Netanyahu, al termine di un colloquio durato tre ore tra lo stesso Netanyahu e il capo di Stato maggiore delle Idf, Eyal Zamir. Secondo quanto riporta l'emittente israeliana Channel 12, al termine dell'incontro tra i vertici politici e il Capo di Stato Maggiore, l'ufficio del primo ministro ha annunciato che le Idf sono pronte a implementare qualsiasi decisione sarà presa dal Gabinetto. Durante una nuova riunione del gabinetto che si terrà giovedì sarà presa una decisione sulla continuazione della campagna a Gaza. Secondo l'ufficio di Netanyahu dunque, sarebbero state vinte le resistenze dei vertici dell'esercito sulla continuazione dell'operazione a Gaza e le Idf opereranno anche nelle zone della Striscia dove non avevano operato fino a oggi per timore di danneggiare gli ostaggi. Onu, "conseguenze catastrofiche": Un ampliamento della guerra nella Striscia di Gaza "rischia di avere conseguenze catastrofiche per milioni di palestinesi e potrebbe mettere ulteriormente in pericolo la vita degli ostaggi rimasti a Gaza", ha dichiarato Miroslav Jenca, assistente del segretario generale delle Nazioni Unite per l'Europa, l'Asia centrale e le Americhe, durante una riunione del Consiglio di Sicurezza mentre aumentano i timori che Israele dia il via libera all'operazione per l'occupazione totale della Striscia.

La Redazione

SANTITA' AUGURI FELICISSIMI



Segue a pagina 6

*"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"*

... in IL MONDO E' IN GUERRA



Tra le prime foto di papa Leone XIV, circolate dopo la sua elezione, ci sono quelle delle affollate feste di compleanno organizzate per lui dai fedeli, negli anni in cui è stato vescovo della diocesi di Chiclayo, in Perù. Nelle immagini torte, sorrisi, canti e candeline, segno dell'affetto che lo ha sempre circondato. Oggi Robert Prevost compie settant'anni con il cuore tra due mondi e, a quasi undicimila chilometri di distanza da Chiclayo, anche la diocesi di Roma e la comunità cattolica latino americana dell'Urbe sono in festa per il loro Vescovo. A far giungere al Papa, nato a Chicago, in Illinois, il 14 settembre del 1955, gli auguri dei romani, è stato il cardinale vicario Baldo Reina. «Tutta la sua diocesi si unisce a Lei nella gratitudine al Padre per il dono della vita – ha scritto nel messaggio diffuso oggi –. Le giunga la nostra preghiera e il nostro affetto per quanto opera ogni giorno, con instancabile dedizione, a servizio della Chiesa universale a partire dalla Chiesa di Roma». Condividendo le sue preoccupazioni, «soprattutto per i tanti scenari di guerra che insanguinano il mondo», il cardinale ha augurato a Leone XIV di «poter realizzare quanto desidera il Suo cuore e di continuare a seminare speranza per gli uomini e le donne del nostro tempo». Proprio ai romani Leone XIV aveva rivolto un «saluto speciale», presentandosi alla sua nuova diocesi, durante il primo discorso dalla Loggia delle Benedizioni l'8 maggio, e aveva chiesto di essere, insieme, «una Chiesa che costruisce ponti». Dopo le parole per i romani, il pensiero era andato alla sua «amata diocesi di Chiclayo» dove un «popolo fedele ha accompagnato il suo vescovo». Quando Prevost ha citato in mondovisione, da piazza San Pietro, la sua città natale in Perù, Celso Jesus Nazareno credeva di aver capito male. «Ero in casa e stavo ascoltando distrattamente la televisione – ha detto il presidente dell'associazione Jesus Nazareno Cautivo de Monsefu, della comunità latino americana di Roma –. Quando ho realizzato che era proprio il nostro vescovo di Chiclayo sono impazzito dalla gioia». Celso, in occasione dei settant'anni del Papa, ha organizzato per stamani, assieme alla comunità sudamericana, un pellegrinaggio alla Porta Santa della Basilica di San Pietro con 400 persone da Perù, Ecuador, Colombia, Honduras, Guatemala, El Salvador, che poi resteranno in piazza per l'Angelus e per fare gli auguri a Leone XIV. «Per noi non è un giorno qualunque», spiega Celso, che vive a Roma dal 1991, perché proprio oggi «festeggiamo anche il nostro patrono, Jesus Nazareno Cautivo di Monsefu, distretto nella diocesi di Chiclayo, a cui anche il Papa è molto legato». Da vescovo, infatti, Prevost ha celebrato spesso la Messa principale della festività a Monsefu. Dalla comunità peruviana raccontano di quanto si fosse integrato nella loro diocesi di origine, andando nei paesi più lontani, mangiando il cibo locale, battezzando i bambini, ascoltando tutti. «Oggi vogliamo ridargli indietro tutto l'affetto che lui ci ha sempre mostrato venendo nella nostra città nel giorno del suo compleanno - continua Celso -. Per questo con noi ci sarà anche una banda di giovani che suonerà canzoni tipiche del nord del Perù, mentre altri balleranno danze tradizionali in suo onore». In processione i pellegrini porteranno una replica della statua del «Gesù Nazareno incatenato», conservata nella parrocchia di San Pedro de Monsefu. «Ma non è finita qui. In piazza San Pietro srotoleremo uno striscione lungo sette metri, realizzato da un artigiano in Perù - aggiunge -. Sopra c'è scritto "Tanti auguri papa Leone, Monsefu di Chiclayo ti aspetta". Dopo l'Angelus, poi, canteremo con la banda in piazza San Pietro per fare gli auguri al Santo Padre, e speriamo di farlo contento». Stamani con la comunità sud americana a San Pietro, a sottolineare l'importanza dell'evento, ci saranno anche l'ambasciatore del Perù presso la Santa Sede, l'ambasciatore del Perù in Italia e altre autorità. Parteciperà anche padre Gerardo Garcia Ponce, da due anni cappellano della comunità cattolica latino americana a Roma, che conta oltre 900 fedeli e ha sede nella chiesa di Santa Maria della Luce a Trastevere. «Preghiamo sempre per il Papa, perché lo sentiamo davvero uno della nostra comunità, che conta oltre 900 fedeli - spiega -. Lo striscione che gli mostreremo oggi sarà una sorpresa, un segno di affetto grande dalla sua prima e unica diocesi da vescovo». Prevost, ha aggiunto il sacerdote, «ha un cuore sud americano, e spesso da cardinale veniva a celebrare nella nostra chiesa la Giornata del migrante». Insomma da Chicago a Chiclayo, fino a Roma, oggi è festa per Leone XIV, il Papa senza confini. Il messaggio di auguri della Cei: «Beatissimo Padre - recita invece il messaggio della presidenza Cei -, nella ricorrenza del Suo settantesimo compleanno, Le porgiamo con piacere e cordialità i più fervidi auguri delle Chiese in Italia, mentre eleviamo al Signore la nostra preghiera di lode e di ringraziamento per il Suo ministero. Conserviamo come dono prezioso l'udienza che ha concesso alla Conferenza Episcopale Italiana lo scorso 17 giugno. In quella occasione ha sottolineato il "legame privilegiato" che ci unisce, consegnando quattro coordinate "attraverso cui essere Chiesa che incarna il Vangelo ed è segno del Regno di Dio: annuncio del Vangelo, pace, dignità umana, dialogo". Queste coordinate orientano la rotta delle nostre comunità nella certezza che lo Spirito soffia sulle vele. La ringraziamo per lo spirito paterno con cui ci accompagna e ci esorta. In questi tempi difficili, ci uniamo a Lei, Padre Santo, nell'invocazione per una «pace disarmata e disarmante» in tutte le situazioni di conflitto che insanguinano vaste aree del Pianeta. Mentre continuiamo a farci prossimi alle popolazioni provate dalla sofferenza con azioni di solidarietà e promozione umana, auspichiamo che l'unità di intenti, di voci e di preghiere che dal mondo intero si alzano per impetrare soluzioni di pace possano trovare presto ascolto. Nella consapevolezza grata di un impegno che, come ha ricordato, è prima di tutto servizio, Le rinnoviamo con spirito filiale il nostro augurio. Buon compleanno!»

Anna Chiaramonte

IL NOSTRO ADDIO A CLAUDIA CARDINALE, MERAVIGLIOSA ATTRICE INDOMABILE



Claudia Cardinale, scomparsa questa sera all'età di 87 anni a Nemours, nei pressi di Parigi dove viveva. L'annuncio lo ha dato all'Afp il suo agente, Laurent Savry. Tra le attrici italiane più conosciute al mondo, insieme a Sophia Loren e a Gina Lollobrigida, Claude Josephine Rose Cardinale, questo il suo nome completo, era nata a Tunisi il 15 aprile del 1938, da madre francese e padre siciliano. L'esordio sul grande schermo è del '56 con *Les Anneaux d'or*, di Renee' Vautier. Il suo primo, intramontabile successo in Italia si deve a Mario Monicelli, che due anni più tardi la sceglie per *I soliti ignoti*, accanto a Vittorio Gassman, Renato Salvatori, Totò e Marcello Mastroianni, che ritroverà, sotto la guida di Mauro Bolognini, nel 1960 ne *'Il bell'Antonio'*. Lunghissima la lista di film che la vedono tra i protagonisti. Luchino Visconti la volle in *Rocco e i suoi fratelli*, dove recitò con Alain Delon, e nel *Gattopardo*, ancora al fianco dell'icona del cinema d'oltralpe. Nel '63 lavora con Federico Fellini in *8 e mezzo* e Blake Edwards nella *Pantera rosa*. Sergio Leone la chiama per *C'era una volta il west* nel 1968, un anno dopo Luigi Magni per *L'anno del signore*. Ricca anche la lista di ruoli per la televisione, uno su tutti: Gesù di Nazareth per la regia di Franco Zeffirelli. "Ho avuto la fortuna di iniziare nei momenti magici del cinema. Tutti i grandi registi sono stati miei maestri e io non ho mai chiamato nessuno. Sono stati loro a chiamarmi", diceva di sé in una intervista di diversi anni fa a France Culture. Lunga anche la lista di riconoscimenti, dai David di Donatello per la *Ragazza con la valigia* e il *Giorno della civetta*, ai Nastri d'argento all'Orso d'oro alla carriera del Festival di Berlino del 2002.

Carmine Izzo

"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"

... in **IL MONDO E' IN GUERRA**



Fiorenza Ceniccola, premiata all'Espresso Campus di Roma per il suo impegno politico morale

Fiorenza Ceniccola, giovane amministratrice, è stata selezionata tra “i 60 under 30 che stanno cambiando il Paese” iniziativa promossa dall'Espresso La Giovane Roma e Politica, volta a valorizzare giovani impegnati nella partecipazione attiva e promotori del dialogo anche tra visioni diverse. La cerimonia si è svolta presso il Link Campus di Roma, alla presenza del segretario nazionale di Forza Italia Antonio Tajani, del leader di Italia Viva Matteo Renzi e dell'ex Presidente del Consiglio Giuseppe Conte. Ha portato i suoi saluti istituzionali il Sindaco di Roma Roberto Gualtieri. Durante la serata di premiazione Fiorenza Ceniccola è intervenuta sottolineando il valore della politica come **“impegno morale e servizio civile prima ancora che personale”**. Ceniccola ha poi affermato che la sua presenza tra i sessanta giovani selezionati non rappresenta un riconoscimento personale, ma una responsabilità: **«dimostrare che il cambiamento non è uno slogan da gridare, ma un lavoro silenzioso, quotidiano, che richiede coerenza, costanza e coraggio»**. Nel suo discorso, la giovane amministratrice ha richiamato l'esperienza formativa e professionale all'estero e la scelta consapevole di tornare in Campania, nel Beneventano: «tornare non è stato un passo indietro, ma un passo avanti. Oggi la vera sfida non è partire - questa è forse la scelta più semplice - ma vera sfida è restare. Restare e provare a trasformare la propria terra». Un passaggio centrale è stato dedicato al tema della libertà di pensiero e di parola. Richiamando i recenti episodi di violenza legati al confronto delle idee, Ceniccola ha ammonito: «come giovani abbiamo l'obbligo morale di affermare che opinioni diverse non possono mai diventare motivo di paura, di minaccia o di vendetta. Non in un Occidente che ha fatto della libertà d'espressione il suo faro più alto e nobile». Guardando al futuro dell'Italia, ha parlato della necessità di una “rivoluzione silenziosa, ma concreta”, capace di trattenere i talenti, restituire valore ai borghi e alle aree interne, liberare energie soffocate dalla burocrazia e offrire ai giovani “non concessioni di facciata, ma spazi autentici di crescita e responsabilità”. Ha continuato affermando che “il futuro noi giovani non lo vogliamo ereditare passivamente, ce lo vogliamo costruire passo dopo passo”. In chiusura, la dedica del riconoscimento: «a chi non smette di crederci, a chi non si arrende e resiste al cinismo, a chi crede che restare e trasformare sia possibile, a chi sa che anche una voce giovane possa contribuire a scrivere una narrazione migliore del futuro del nostro Paese».

Anna Di Maio

TUTTO PRONTO PER LA PRIMA EDIZIONE DELLA BORSA DI STUDIO DEDICATA A “MONS. BERNARDO MARIA CENICCOLA”

BORSA di STUDIO MONSIGNOR BERNARDO MARIA CENICCOLA

A cura di
FIORENZA CENICCOLA



MONSIGNOR BERNARDO MARIA CENICCOLA

Prefazione † don Mimmo Card. Battaglia

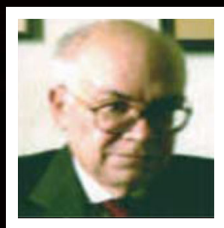
ARCIVESCOVO METROPOLITA DI NAPOLI

Si svolgerà sabato 27 settembre 2025, a partire dalle ore 11.00, presso la “Casa di Bacco” sita in Piazza Castello a Guardia Sanframondi la cerimonia di consegna della borsa di studio dedicata a “Mons. Bernardo Maria Ceniccola” e riservata agli studenti dell’Istituto “Galilei-Vetrone” Polo Scolastico di Guardia Sanframondi. Questa borsa di studio del valore di euro 500- ha dichiarato Fiorenza Ceniccola, amministratrice della Casa di Bacco- vuol essere un piccolo segno di aiuto al percorso di studio dei ragazzi dell’Istituto Galilei-Vetrone di Guardia Sanframondi e un gesto concreto e tangibile di vicinanza all’Istituzione scolastica guardiese. Inoltre, attraverso la premiazione dei giovani meritevoli vogliamo anche ricordare un figlio illustre della nostra comunità elevato alla dignità episcopale. Con questa borsa di studio vogliamo onorare la memoria di **S. E. Mons. Bernardo Maria Ceniccola** nato a Guardia Sanframondi il 27 settembre 1748, Arcivescovo di Reggio Calabria dal 1797 e morto nel settembre 1814 a Napoli, nel convento di Santa Lucia al Monte. Nei mesi scorsi, abbiamo lanciato un appello: A.A.A. cercasi benefattori per la borsa di studio dedicata a “**Mons. Bernardo Maria Ceniccola**” per rendere questa borsa di studio un patrimonio comunitario e poterla conferire ad almeno sette “**studenti d’oro**” del **Polo Scolastico Galilei-Vetrone di Guardia Sanframondi** per rendere sempre più attrattiva la nostra scuola. Restiamo in attesa che qualcuno animato da buona volontà raccolga il nostro accorato appello.
Guardia Sanframondi 15 settembre 2025

La Casa di Bacco

"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"

... in IL MONDO E' IN GUERRA

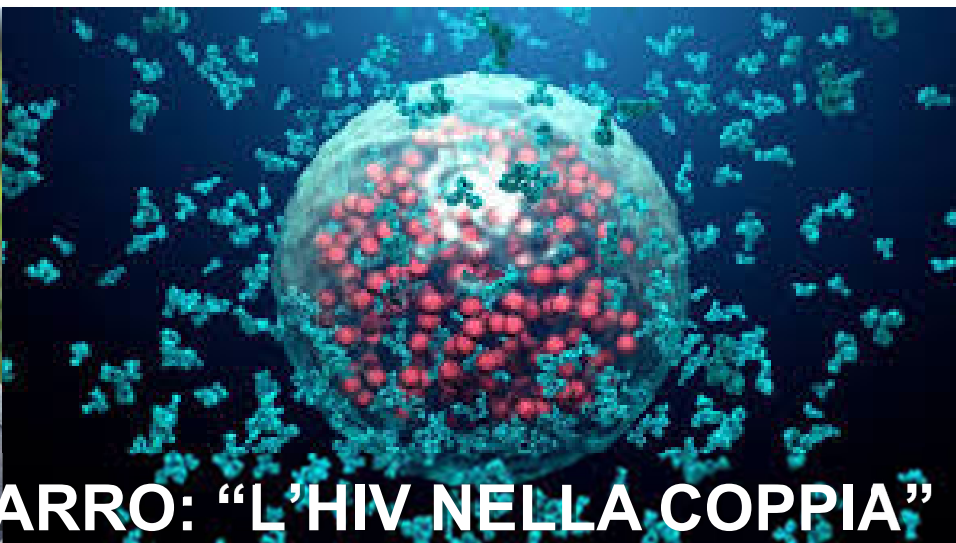


Esistenza di Dio



Non intendiamo qui prendere in esame le tradizionali prove (o, se si preferisce, argomentazioni) sull'esistenza di Dio, discussioni che si ripetono nella loro essenza da millenni, anche se aggiornate secondo le culture dei tempi. Il fatto che esaminando queste argomentazioni io personalmente le trovi più o meno convincenti avrebbe ben scarsa importanza di fronte al millenario dibattito. Partiamo invece da una constatazione di fatto: l'ateismo di massa nel nostro mondo occidentale e nell'Estremo Oriente si è diffuso ampiamente. Un gran numero di persone, diciamo pure la grande maggioranza, non crede più nell'esistenza di Dio. Dobbiamo anche prendere atto in particolare che la maggior parte degli intellettuali moderni europei sono atei, da Einstein a Croce, da Severino a Oriana Fallaci. Non si può pensare che le moltitudini di atei, fra cui tanti intellettuali, siano persone che non riescono a capire le argomentazioni sull'esistenza di Dio, che quindi sarebbero persone stupide o che non vogliono abbandonare i loro vizi o magari che non si sono poste il problema. Ma possiamo anche argomentare al contrario: se credere in Dio fosse una sciocchezza, una conseguenza dell'ignoranza, una fantasia residua dal passato, allora come si spiegherebbe che, comunque, una parte consistente della popolazione, tra cui uomini di cultura e intelligenza, ci creda? In epoca positivista e anche nell'ambito del comunismo marxista si pensò che la religione sarebbe sparita in breve con il mutare dei tempi, ma questo non è avvenuto: le religioni sono ancora vive e attive nel mondo moderno. Sarebbe davvero stupido pensare che i credenti o non credenti siano tutti stupidi o magari dei malvagi. Ci si chiederebbe allora come mai nessuno dubita più che il giorno dipenda dalla rotazione terrestre e non dal movimento del sole, come sembrerebbe così evidente. Analogamente, nessuno dubita più che l'acqua sia formata da due gas, idrogeno e ossigeno, o che Giulio Cesare sia effettivamente esistito. È chiaro che, almeno al momento attuale delle conoscenze, si tratta di fatti certi e indiscutibili, mentre l'esistenza di Dio o la sua non esistenza rimane pur sempre un'opinione più o meno supportata dai fatti. Per il passato dobbiamo però anche fare un'altra considerazione. È vero che nei secoli scorsi, almeno fino al '700, nessuno metteva seriamente in dubbio l'esistenza di Dio e la fede nella religione cristiana, sia pure in diverse versioni. Ma possiamo pure chiederci: tutti credevano effettivamente in Dio e avevano fede? Se noi ci fermiamo a quello che dicevano apertamente non possiamo che constatare l'unanimità nella fede, a prescindere da qualche spirito bizzarro. Tuttavia, se noi vediamo gli atti compiuti non possiamo non avere tanti dubbi: il Medioevo, era della fede, è costellato di crudeltà, misfatti, atti contrari alla fede non meno del mondo contemporaneo, anzi a me sembrerebbe di più. Questo significa che, pure affermando a parole la loro fede in Dio, nei fatti molti e moltissimi la negavano, segno che poi questa fede non era così universale come si diceva. In fondo anche nei nostri tempi tutti a parole crediamo in certi principi, ma in effetti nei fatti li neghiamo. Nessuno oggi negherebbe la parità dei sessi, ma quanto è essa effettivamente diffusa e praticata? Così anche nei secoli della fede le azioni contrarie alla fede erano tante e tanto diffuse. In fondo, anche ai loro tempi i San Francesco erano una rara eccezione e la sete di ricchezza, di lussuria, di potere era tanto diffusa quanto adesso. La fede vera quindi è un fatto personale, una scelta di vita che ciascuno di noi fa, diciamo come affermava Pascal, una scommessa sulla quale ruota tutta la nostra esistenza. Esiste poi la fede come fatto culturale, come uniformità di comportamento vista come segno di identità. Non si va a messa solo perché si ha fede: si va anche perché questo è l'uso, la tradizione che segna la nostra identità. Le ragazze un tempo andavano a messa non solo perché avevano fede ma anche per mostrare che erano donne affidabili e virtuose, degne di essere spose e madri.

Giovanni De Sio Cesari



PROF. GIULIO TARRO: "L'HIV NELLA COPPIA"

Tossicodipendenza e poligamia, le due principali vie di diffusione del virus HIV in Italia, sono comportamenti caratteristici della seconda e della terza decade di vita e conseguentemente la maggior parte delle infezioni da HIV interessa soggetti in piena età fertile. La lunga fase asintomatica della malattia da immunodeficienza e l'efficacia dei nuovi trattamenti antiretrovirali inducono i pazienti a considerare la possibilità di avere un figlio nonostante la gravità dell'infezione da cui sono affetti. Nelle coppie sierodiscordanti il soggetto sieropositivo può trasmettere l'infezione al partner sano durante rapporti deliberatamente finalizzati al concepimento. Quando la donna è infetta dal virus HIV, indipendentemente dalla concomitanza dell'infezione nel maschio, il virus può essere trasmesso al feto durante la gravidanza o al parto. La scelta di avere un figlio nelle coppie in cui uno od entrambi i partner siano HIV-positivi comporta quindi sempre un rischio di contagio di un soggetto (partner o concepito) ancora non infetto. La scelta riproduttiva nei soggetti affetti da HIV presenta conseguentemente aspetti biologici, clinici ed etici del tutto particolari. Nelle coppie sierodiscordanti il concepimento comporta sempre un rischio di contagio per il partner sano. Il rischio infettivo per concepimento è funzione del rischio di contagio per singolo rapporto moltiplicato per il numero di rapporti consumati prima che abbia luogo la fecondazione. Il rischio di contagio per singolo rapporto dipende dall'infettività del soggetto sieropositivo e dalla recettività genitale del partner per il virus. La trasmissione sessuale del virus dal maschio alla femmina è comunque sempre più efficiente di quella dalla femmina all'uomo. I fattori che influenzano la trasmissione sessuale sono difficilmente quantificabili ma vi sono limitate evidenze che soggetti con avanzata immunodepressione o con infezioni genitali possano essere più infettanti in ragione di una maggior carica virale seminale, mentre soggetti in terapia antiretrovirale possano avere una diminuzione del contenuto virale dell'eiaculato e quindi una minor possibilità di infettare il partner. Nella donna la presenza di infezioni cervico-vaginali o di lesioni delle mucose genitali facilita sia la recettività che la trasmissione del virus. I fattori influenti sulla trasmissibilità virale sono variabili incostanti in quanto possono mutare durante i mesi nei quali la coppia prova ad avere un figlio. Il preciso meccanismo di trasmissione sessuale del virus è ancora sconosciuto, ma vi sono però importanti elementi conoscitivi sulla presenza del virus nel tratto genitale maschile e femminile e nei loro fluidi biologici. Nel tratto genitale maschile le cellule del sistema immunocompetente (prevalentemente macrofagi e linfociti) presenti nell'uretra, nella prostata e nelle vescicole seminali sono il principale serbatoio di provirus HIV. In caso di infezione genitale la concentrazione di queste cellule nei tessuti genitali aumenta considerevolmente e crea condizioni di maggior escrezione del virus nello sperma e nei secreti genitali. Il virus è comunque presente nella sua forma infettante RNA non integrata nel plasma seminale e nel secreto genitale pre-eiaculatorio.

Un importante problema biologico è ovviamente quello che riguarda la possibilità che il virus possa integrarsi nel genoma dello spermatozoo o rimanere adeso alla sua superficie potendo così penetrare nell'ovulo femminile al momento della fecondazione. In una recente ricerca su oltre duecento campioni spermatici esaminati è stato identificato la presenza di DNA ed RNA virale nel 50% dei campioni seminali non frazionati, mentre non sono state trovate copie di RNA o DNA virale nell'aliquota di spermatozoi mobili recuperata dopo trattamento del campione mediante filtrazione su gradiente, lavaggio e migrazione spontanea. Alcuni ricercatori hanno evidenziato mediante PCR in-situ la presenza del virus nell'epitelio germinativo testicolare, ma non negli spermatozoi maturi, suggerendo una diretta capacità del virus di infettare la linea germinale. Tali dati sono stati confutati da altre ricerche e tuttora non vi è sufficiente evidenza a favore o contro la possibilità che il virus HIV-1 sia in grado di infettare lo spermatozoo, presupposto per una trasmissione diretta dell'infezione dal maschio infetto alla progenie. Sotto il profilo epidemiologico non è comunque mai stata riportata la nascita di un bambino infetto da padre positivo senza coinfezione materna, né si registra un eccesso di infezioni congenite nei nati da madre sieropositiva quando anche il padre è infetto con HIV. Meno precisi sono i dati sulla presenza del virus nell'apparato genitale femminile in cui è possibile identificarlo nel secreto cervicale, con concentrazioni significativamente più elevate in caso di gravidanza o di infiammazione genitale. Vi sono coppie in cui entrambi i soggetti sono sieropositivi e coppie in cui uno solo dei partner è infetto. In Italia, pur in assenza di dati precisi, la maggior parte delle coppie sierodiscordanti è formata da un maschio infetto e da una donna sana data la predominanza di maschi sieropositivi eterosessuali rispetto alle donne.

Segue a pagina 12

*"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"*

... in IL MONDO E' IN GUERRA

In ogni caso il concepimento comporta un rischio di contagio sessuale. Questo rischio è maggiore per la donna data la maggiore efficienza della trasmissione sessuale maschio-femmina probabilmente in relazione alla maggior carica virale nello sperma rispetto ai liquidi cervico-vaginali. Nel caso di cop-pie 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 la deposizio-ne in vagina di sperma raccolto in un condom o per masturbazione senza alcun rischio di infezione per il maschio. Assai più complesso è invece ottenere il concepimento nelle coppie HIV-discordanti per sieroposi-tività 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 sottostimato ed inoltre va considerato che la possibilità di concepimento per singolo rapporto è intorno al 16%.

HIV e attività sessuale

Come già detto, la scoperta della sieropositività per HIV obbliga i pazienti a modificare i propri comportamenti sessuali per ridurre il rischio di trasmissione ad altre persone, ma certamente non a ri-nunciare a una vita sessuale completa o a soddisfare all'interno di questa il proprio desiderio di ma-ternità o paternità. L'avvento della terapia antiretrovirale a elevata attività (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART), comprendente una combinazione di almeno 3 farmaci, ha notevolmente aumenta-to la sopravvivenza delle persone HIV-positive. Si è assistito, di conseguenza, alla riscoperta della progettualità, alla ricerca di normalità, ad una maggiore attenzione alla qualità della vita. Da qui l'esigenza, da parte dei pazienti e dei medici, di ribadire alcune certezze e fare luce su alcune proble-matiche emergenti, per garantire una sessualità serena e "sicura" alle persone che convivono con l'HIV. Come è noto, la trasmissione di HIV non si verifica automaticamente a ogni rapporto sessuale. Ci sono persone che hanno contratto l'infezione dopo un singolo rapporto, e altre che non si sono conta-giate anche dopo anni di rapporti con un partner sieropositivo. Sicuramente alcuni tipi di rapporto e al-cuni fattori favoriscono il contagio. In generale, più un rapporto è traumatico e violento, maggiore è il rischio di trasmettere l'infezione. In ordine decrescente di rischio abbiamo: la penetrazione anale sen-za profilattico. Il rischio di trasmissione per singolo rapporto anale recettivo non protetto con partner sieropositivo è stimato fra lo 0,1 e lo 0,3%. Il rischio, più basso (0,03%), sussiste anche nel caso di rapporto anale insertivo con soggetto sieropositivo. La penetrazione vaginale senza profilattico. Il ri-schio è maggiore (0,1-0,2%) nel caso di donna sieronegativa che ha un rapporto con un uomo sieropositivo rispetto al caso opposto (0,03-0,1%). Questo si verifica perché la concentrazione di virus è maggiore nello sperma che nelle secrezioni vaginali e perché la superficie di mucosa esposta all'infezione è maggiore nella donna che, peraltro, più frequentemente può presentare lesioni genitali che ne facilitano la recettività. Oltre che nel sangue, nelle persone HIV-positive il virus è presente in concentrazioni sufficienti a trasmettere l'infezione anche nello sperma, nel liquido pre-spermatico che fuoriesce dal pene prima dell'orgasmo, nelle secrezioni vaginali. La bocca, la vagina, il retto, l'uretra maschile (cioè il canale che attraversa il pene) sono rivestiti da un tessuto, la mucosa, costituito da cellule che possono essere infettate da secrezioni vaginali infette e dal sangue eventualmente presen-te in bocca, in vagina o nel retto.

È da qualche anno disponibile un nuovo profilattico, detto "femminile", che, anziché essere indos-sato sul pene, viene posto in vagina o nel retto. I comuni spermicidi o gli anticoncezionali orali (pillola) non proteggono dall'infezione. In uno studio italiano condotto su 343 donne HIV-negative, partner sta-bili di maschi HIV-positivi, l'incidenza della sieroconversione in quelle che hanno avuto soltanto rap-porti protetti è stata di 1/100 soggetti/anno, mentre è stata di 7/100 soggetti/anno in quelle che usava-no il profilattico saltuariamente o niente affatto. L'uso del profilattico è consigliato anche tra partner en-trambi sieropositivi, in questo caso non per prevenire il contagio, ma per evitare la trasmissione di ceppi virali diversi per virulenza (cioè aggressività) o sensibilità ai farmaci. liquido pre-spermatico, lo sperma, le secrezioni vaginali o con perdite di sangue (mestruale o rettale da emorroidi o ragadi ana-li); viceversa, chi riceve queste stimolazioni da un sieropositivo è a rischio solo se il partner presenta lesioni sanguinanti in bocca. L'utilizzo costante e corretto del profilattico è certamente il metodo più ef-ficace per prevenire la trasmissione di HIV durante i rapporti sessuali.

HIV e disfunzioni sessuali

Nelle persone con infezione da HIV la frequenza di disfunzioni sessuali, quali il deficit dell'erezione (o impotenza) e/o la riduzione del desiderio sessuale aumenta, oltre che con l'età (come nella popola-zione generale), anche con la progressione della malattia. Negli ultimi anni, nonostante un miglio-ra-mento dello stato di salute dovuto all'avvento dell'HAART, un numero crescente di pazienti HIV-positivi ha riferito disturbi di natura sessuale. In molti casi l'insorgenza di questi disturbi è coincisa con l'inizio di una terapia antiretrovirale comprendente un inibitore della proteasi (IP). Per verificare se l'aumento di disfunzioni sessuali HIV-correlate sia reale, e nel caso studiarne le cause, o solo appa-rente, dovuto alla maggiore attenzione che questi pazienti prestano a problemi un tempo ritenuti se-condari, sono stati di recente condotti diversi studi sull'argomento. Le disfunzioni sessuali sembrano più frequenti nei pazienti in terapia antiretrovirale rispetto a quelli che non lo sono (24% contro 3,8%), con una prevalenza maggiore in chi assume IP. Esse interesse-rebbero, infatti, il 31% dei sieropositivi in terapia con IP; in particolare, il calo del desiderio riguarde-rebbe il 41% dei pazienti (maschi e femmine 13 12 in proporzione uguale), mentre la disfunzione eret-tile affliggerebbe il 35% dei maschi. Il rischio di sviluppare una riduzione del desiderio o un deficit dell'erezione sarebbe, rispettivamente, 3,5 e 2,5 volte superiore nei pazienti che effettuano una tera-pia contenente un IP rispetto a quelli in trattamento senza IP; fra gli IP, ritonavir (Norvir) sarebbe quel-lo che presenta un rischio maggiore di disfunzioni sessuali. Un danno neuropatico a livello delle vie nervose che arrivano ai genitali potrebbe essere la causa della disfunzione erettile nei pazienti che assumono indinavir (Crixivan), mentre sembrano escluse eventua-li cause ormonali. Il ruolo causale degli IP nello sviluppo di questi disturbi sarebbe confermato indirettamente dall'osservazione che la funzione sessuale sembra migliorare nei casi in cui è possibile sostituire questi farmaci con un inibito-re della trascrittasi inversa. Di contro, altri studi non mostrano correlazione fra uso di IP e disfunzioni sessuali. Date le molte-plici cause che possono essere alla base delle disfunzioni sessuali, è necessario un approccio specia-listico multidisciplinare (infettivologico, urologico, neurologico, endocrinologico, psicologico) per la dia-gnosi e il trattamento di questi disturbi nei sieropositivi.

Segue a pagina 13



In ogni caso il concepimento comporta un rischio di contagio sessuale. Questo rischio è maggiore per la donna data la maggiore efficienza della trasmissione sessuale maschio-femmina probabilmente in relazione alla maggior carica virale nello sperma rispetto ai liquidi cervico-vaginali. Nel caso di cop-pie 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 la deposizio-ne in vagina di sperma raccolto in un condom o per masturbazione senza alcun rischio di infezione per il maschio. Assai più complesso è invece ottenere il concepimento nelle coppie HIV-discordanti per sieroposi-tività 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 sottostimato ed inoltre va considerato che la possibilità di concepimento per singolo rapporto è intorno al 16%.

HIV e attività sessuale

Come già detto, la scoperta della sieropositività per HIV obbliga i pazienti a modificare i propri comportamenti sessuali per ridurre il rischio di trasmissione ad altre persone, ma certamente non a ri-nunciare a una vita sessuale completa o a soddisfare all'interno di questa il proprio desiderio di ma-ternità o paternità. L'avvento della terapia antiretrovirale a elevata attività (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART), comprendente una combinazione di almeno 3 farmaci, ha notevolmente aumenta-to la sopravvivenza delle persone HIV-positive. Si è assistito, di conseguenza, alla riscoperta della progettualità, alla ricerca di normalità, ad una maggiore attenzione alla qualità della vita. Da qui l'esigenza, da parte dei pazienti e dei medici, di ribadire alcune certezze e fare luce su alcune proble-matiche emergenti, per garantire una sessualità serena e "sicura" alle persone che convivono con l'HIV. Come è noto, la trasmissione di HIV non si verifica automaticamente a ogni rapporto sessuale. Ci sono persone che hanno contratto l'infezione dopo un singolo rapporto, e altre che non si sono conta-giate anche dopo anni di rapporti con un partner sieropositivo. Sicuramente alcuni tipi di rapporto e al-cuni fattori favoriscono il contagio. In generale, più un rapporto è traumatico e violento, maggiore è il rischio di trasmettere l'infezione. In ordine decrescente di rischio abbiamo: la penetrazione anale sen-za profilattico. Il rischio di trasmissione per singolo rapporto anale recettivo non protetto con partner sieropositivo è stimato fra lo 0,1 e lo 0,3%. Il rischio, più basso (0,03%), sussiste anche nel caso di rapporto anale insertivo con soggetto sieropositivo. La penetrazione vaginale senza profilattico. Il ri-schio è maggiore (0,1-0,2%) nel caso di donna sieronegativa che ha un rapporto con un uomo sieropositivo rispetto al caso opposto (0,03-0,1%). Questo si verifica perché la concentrazione di virus è maggiore nello sperma che nelle secrezioni vaginali e perché la superficie di mucosa esposta all'infezione è maggiore nella donna che, peraltro, più frequen-temente può presentare lesioni genitali che ne facilitano la recettività. Oltre che nel sangue, nelle persone HIV-positive il virus è presente in concentrazioni sufficienti a trasmettere l'infezione anche nello sperma, nel liquido pre-spermatocico che fuoriesce dal pene prima dell'orgasmo, nelle secrezioni vaginali. La bocca, la vagina, il retto, l'uretra maschile (cioè il canale che attraversa il pene) sono rivestiti da un tessuto, la mucosa, costituito da cellule che possono essere infettate da secrezioni vaginali infette e dal sangue eventualmente presen-te in bocca, in vagina o nel retto.

È da qualche anno disponibile un nuovo profilattico, detto "femminile", che, anziché essere indos-sato sul pene, viene posto in vagina o nel retto. I comuni spermicidi o gli anticoncezionali orali (pillola) non proteggono dall'infezione. In uno studio italiano condotto su 343 donne HIV-negative, partner sta-bili di maschi HIV-positivi, l'incidenza della sieroconversione in quelle che hanno avuto soltanto rap-porti protetti è stata di 1/100 soggetti/anno, mentre è stata di 7/100 soggetti/anno in quelle che usava-no il profilattico saltuariamente o niente affatto. L'uso del profilattico è consigliato anche tra partner en-trambi sieropositivi, in questo caso non per prevenire il contagio, ma per evitare la trasmissione di ceppi virali diversi per virulenza (cioè aggressività) o sensibilità ai farmaci. liquido pre-spermatocico, lo sperma, le secrezioni vaginali o con perdite di sangue (mestruale o rettale da emorroidi o ragadi ana-li); viceversa, chi riceve queste stimolazioni da un sieropositivo è a rischio solo se il partner presenta lesioni sanguinanti in bocca. L'utilizzo costante e corretto del profilattico è certamente il metodo più ef-ficace per prevenire la trasmissione di HIV durante i rapporti sessuali.

HIV e disfunzioni sessuali

Nelle persone con infezione da HIV la frequenza di disfunzioni sessuali, quali il deficit dell'erezione (o impotenza) e/o la riduzione del desiderio sessuale aumenta, oltre che con l'età (come nella popola-zione generale), anche con la progressione della malattia. Negli ultimi anni, nonostante un miglio-ra-mento dello stato di salute dovuto all'avvento dell'HAART, un numero crescente di pazienti HIV-positivi ha riferito disturbi di natura sessuale. In molti casi l'insorgenza di questi disturbi è coincisa con l'inizio di una terapia antiretrovirale comprendente un inibitore della proteasi (IP).

Segue a pagina 14

"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"

... in IL MONDO E' IN GUERRA



Per verificare se l'aumento di disfunzioni sessuali HIV-correlate sia reale, e nel caso studiarne le cause, o solo apparente, dovuto alla maggiore attenzione che questi pazienti prestano a problemi un tempo ritenuti secondari, sono stati di recente condotti diversi studi sull'argomento. Le disfunzioni sessuali sembrano più frequenti nei pazienti in terapia antiretrovirale rispetto a quelli che non lo sono (24% contro 3,8%), con una prevalenza maggiore in chi assume IP. Esse interesserebbero, infatti, il 31% dei sieropositivi in terapia con IP; in particolare, il calo del desiderio riguarderebbe il 41% dei pazienti (maschi e femmine 13 12 in proporzione uguale), mentre la disfunzione erettile affliggerebbe il 35% dei maschi. Il rischio di sviluppare una riduzione del desiderio o un deficit dell'erezione sarebbe, rispettivamente, 3,5 e 2,5 volte superiore nei pazienti che effettuano una terapia contenente un IP rispetto a quelli in trattamento senza IP; fra gli IP, ritonavir (Norvir) sarebbe quello che presenta un rischio maggiore di disfunzioni sessuali. Un danno neuropatico a livello delle vie nervose che arrivano ai genitali potrebbe essere la causa della disfunzione erettile nei pazienti che assumono indinavir (Crixivan), mentre sembrano escluse eventuali cause ormonali. Il ruolo causale degli IP nello sviluppo di questi disturbi sarebbe confermato indirettamente dall'osservazione che la funzione sessuale sembra migliorare nei casi in cui è possibile sostituire questi farmaci con un inibitore della trascrittasi inversa. Di contro, altri studi non mostrano correlazione fra uso di IP e disfunzioni sessuali.

Date le molteplici cause che possono essere alla base delle disfunzioni sessuali, è necessario un approccio specialistico multidisciplinare (infettivologico, urologico, neurologico, endocrinologico, psicologico) per la diagnosi e il trattamento di questi disturbi nei sieropositivi.

Le iniziative personali e i suggerimenti non specialistici sono sempre da bandire perché potenzialmente dannosi sotto diversi punti di vista. Nel caso di pazienti che assumono IP, si può provare a passare, dove possibile, a un regime di terapia senza IP. Quando ciò risultasse inefficace o impraticabile, e in tutti gli altri casi, si interverrà come ritenuto più opportuno dallo specialista, il quale dovrà innanzitutto verificare l'eventuale uso di altri farmaci e la presenza di altre patologie croniche (ipertensione arteriosa, diabete mellito, insufficienza epatica, depressione) o di comportamenti patologici (uso di droghe, abuso di alcool) che possono provocare disturbi sessuali.

Per il trattamento della disfunzione erettile risulta spesso efficace una categoria di farmaci per uso orale, gli inibitori della fosfodiesterasi 5, che agisce aumentando l'afflusso di sangue all'interno del pene a seguito di stimolazione sessuale.

Le molecole appartenenti alla categoria degli inibitori della fosfodiesterasi 5 sono, al momento, tre: sildenafil (Viagra): da assumere circa 1 ora prima del rapporto, lontano dai pasti o dall'assunzione di alcool. Durata d'azione: 4-6 ore. Dosaggio: 25, 50 o 100 mg. tadalafil (Cialis): da assumere circa 20 minuti prima del rapporto. Gli effetti non vengono modificati dal cibo o dall'alcool. Durata d'azione: superiore alle 24 ore. Dosaggio: 10 o 20 mg. vardenafil (Levitra, Vivanza): è l'ultimo nato di questa classe di farmaci.

È da assumere circa 20 minuti prima del rapporto, indipendentemente dai pasti o dall'assunzione di alcool.

Durata d'azione: 6-8 ore. Dosaggio: 5, 10 o 20 mg. I possibili effetti collaterali sono: mal di testa, rossore al viso, vampate di calore, disturbi della digestione, capogiri, naso chiuso, alterata visione dei colori (per il solo sildenafil), mal di schiena e dolori muscolari (per il solo tadalafil). Tutti questi effetti sono transitori e tendono a scomparire nel giro di qualche ora.

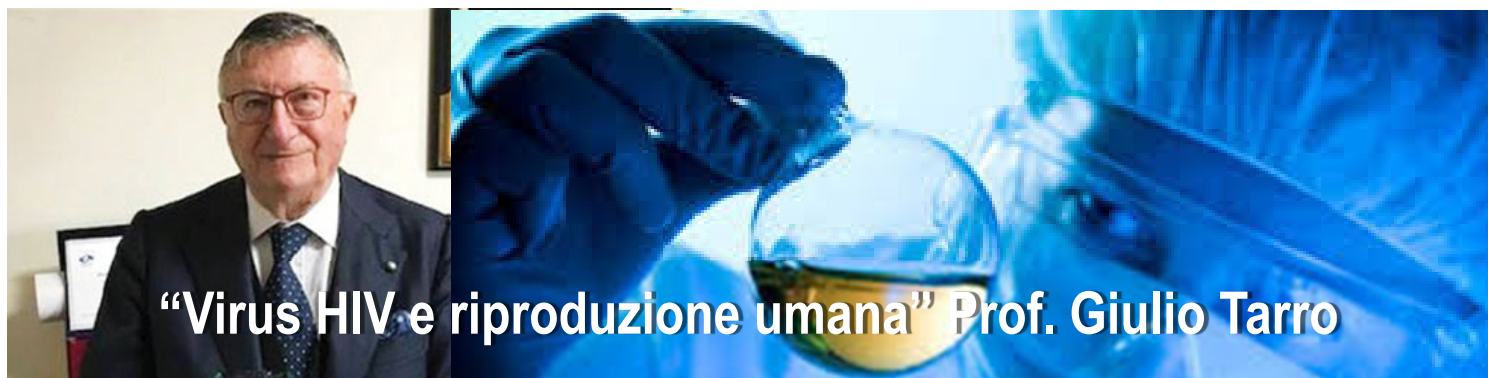
Gli inibitori della fosfodiesterasi 5 sono assolutamente controindicati in chi fa uso di sostanze che contengono nitrati, per esempio alcuni farmaci che si usano per trattare gli attacchi di angina pectoris o alcuni prodotti assunti a scopo voluttuario ("poppers"). Sono inoltre controindicati in presenza di cardiopatie, insufficienza epatica, vasculopatia cerebrale, retinite pigmentosa, ipotensione arteriosa, alcune malattie del sangue (anemia falciforme, leucemia, emofilia, mieloma).

Poiché questi farmaci vengono smaltiti dall'organismo attraverso le stesse vie che metabolizzano gli IP, la somministrazione contemporanea ne fa aumentare le concentrazioni plasmatiche, con la possibilità di accentuarne gli effetti collaterali in maniera anche grave. Ne consegue che, nei pazienti che assumono IP, bisogna iniziare con il dosaggio più basso, distanziando maggiormente le somministrazioni (nel caso del Viagra, 25 mg ogni 48 ore). Altro farmaco impiegato nel trattamento della disfunzione erettile è l'apomorfina (Apofin, Ixense, Taluvian, Uprima), che agisce sul meccanismo dell'erezione a livello del sistema nervoso centrale e che non sembra avere alcuna interazione con gli IP.

Molto meno efficace rispetto agli inibitori della fosfodiesterasi 5, viene assunta per via sub-linguale ed è attiva dopo 20 minuti circa. Dosaggio: 2 o 3 mg. Prima di assumerne un'altra dose è necessario che trascorra un intervallo di almeno 8 ore.

Il farmaco è controindicato nei pazienti con problemi cardiaci o pressori (iper o ipotensione arteriosa) e nei casi di insufficienza epatica. I possibili effetti collaterali comprendono: nausea, mal di testa, capogiri, sbadigli, sonnolenza, vampate di calore, alterazione del gusto, sudorazione e, raramente, svenimenti.

Segue a pagina 15



“Virus HIV e riproduzione umana” Prof. Giulio Tarro

Come affermato dalla Commissione diritti umani delle Nazioni Unite nel 2003, e ribadito alla Con-conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, svoltasi al Cairo nel 1994, il diritto alla pianificazione familiare, a una maternità senza rischi e alla protezione dalle infezioni a trasmissione sessuale quali l'HIV/AIDS dovrebbe essere garantito a tutte le donne e gli uomini del mondo. Questo obiettivo cozza con la specificità dell' epidemia di AIDS, che per tutta una serie di motivi lo ha fatto passare in secondo piano in larghi settori dell'opinione pubblica, quasi fosse auspicabile per i sieropositivi, in mancanza di una cura risolutiva dall'infezione, una loro progressiva estinzione o definitiva emarginazione dal ge-nere umano. Indubbiamente la scoperta della sieropositività per HIV obbliga i pazienti a modificare i propri comportamenti sessuali per ridurre il rischio di trasmissione ad altre persone, ma questo non dovrebbe far rinunciare a una vita sessuale o a soddisfare all'interno di questa il proprio desiderio di maternità o paternità. Se non si accetta questo discorso e ci si arrocca in posizioni grettamente "igie-niste" (per cui un sieropositivo è da relegare in qualche specie di moderno lazzaretto) si finisce non solo di venir meno al dovere di ogni medico o biologo ma si rischia, ignorando una domanda di mater-nità e paternità così forte nella nostra società, di favorire una ulteriore propagazione dell'epidemia. Ma, prima di illustrare le metodologie con le quali affrontare questo problema, (e rimandando ad una scheda sui virus HIV in coda a questa relazione) è certamente opportuno anteporre una disamina sulla evoluzione che sta conoscendo l'infezione da HIV.

L'andamento dell'infezione

Dal 1982, anno della prima diagnosi di Aids in Italia, al 31 dicembre 2003, sono stati notificati 52.836 casi cumulativi di Aids: di questi il 77,7% di sesso maschile, 1,4% in età pediatrica e il 6% fra gli stranieri. In tutto i pazienti morti sono stati 33.774 (il 64,3%). Dal 1996 la situazione sembra stabi-lizzata. Nel secondo semestre dello scorso anno sono stati notificati 867 nuovi casi e, secondo i più recenti dati del Reparto di Epidemiologia del Dipartimento MIPI dell'Istituto Superiore di Sanità in Italia vi sarebbero circa 120.000 persone infettate da virus HIV. L'infezione con HIV colpisce prevalentemente soggetti in età fertile. In Italia la trasmissione del virus tramite tossicodipendenza con aghi infet-ti rimane la principale causa di contagio fin dall'inizio dell'epidemia, ma nel contempo la via eteroses-suale è diventata la seconda modalità di contagio. Negli ultimi dieci anni il rapporto maschi/femmine sieropositivi per tossicodipendenza è rimasto 4/1, mentre il progressivo trasferimento dell'infezione da maschi eterosessuali sieropositivi a giovani donne sane ha portato a 2/1 il rapporto fra donne/maschi che si sono infettati per via eterosessuale. Attualmente tre nuovi casi su quattro sono donne. Il quadro epidemiologico italiano deli-neia quindi due popolazioni femminili: quella che si è infettata per tossicodipendenza alcuni anni fa e quella con recente infe-zione per via eterosessuale. Nella prima corte la malattia è frequentemente sintomatica, mentre nella seconda l'infezione è latente e spesso non riconosciuta. Identificazione della sieropositività, terapia della immunodeficienza, profilassi della trasmissione verticale dell'infezione vanno affrontate differientemente in queste due popolazioni di donne HIV-positive. Que-sto quadro epidemiologico si evolve in accordo all'impatto delle campagne in-formative, delle nuove terapie combinate anti-retrovirali e dei provvedimenti ostetrici atti a limitare il ri-schio di infezione connotale. La comparsa in Europa e negli Stati Uniti dei cosiddetti ceppi non-b di Hiv risale a 5/6 anni fa e la loro diffusione si deve a pazienti sieropositivi provenienti dall'Africa o dall'Est europeo, dove queste forme sono endemiche. Questi ceppi non-b, tra l'altro, non si presentano uguali ovunque ma sono dif-ferenti da nazione a nazione: in Belgio e in Olanda troviamo un tipo di virus prevalente nelle ex colonie con cui sono rimasti attivi i rapporti e gli scambi. In Italia c'è un po' di tutto: ceppi di origine Africana, dell'Europa dell'Est, della Russia e del Sud Est Asiatico. In poche parole quello a cui stiamo assisten-do è una ricombinazione genetica dei vari ceppi nel medesimo individuo, frutto di superinfezioni che si sovrappongono a quella originale. L'Hiv non solo è in grado di andare incontro a variazioni ma è an-che molto plastico, capace di scambiare frammenti genetici tra un ceppo e l'altro, dando luogo a vere e proprie chimere virali, una sorta di mosaico di frammenti genomici che provengono da ceppi di varia estrazione. Si tratta di un fenomeno poco conosciuto e tutto da studiare, sia dal punto di vista patoge-netico che clinico. In teoria questa plasticità, sulla scorta della selezione indotta dal sistema immune o dai farmaci, potrebbe dare l'opportunità al virus di selezionare ceppi particolarmente resistenti o parti-colarmente patogeni. Nel campo della lotta all'AIDS si prospetta, quindi, un lavoro che dovrà essere per forza di cose parcellizzato: ogni regione dovrà condurre gli studi in base alla reale presenza delle forme ricombinanti del virus, alla diffusione, alla patogenicità e della resistenza agli antivirali. Per quanto l'evoluzione dell'infezione da HIV in Italia, sono allarmanti i dati che emergono dallo studio ICONA (Italian Cohort of Naive Antiretroviral patients), condotto su circa 5.000 sieropositivi rac-colti da 67 centri clinici coordinati da 6 università italiane partito nel 1997 e che si concluderà nel 2007. Secondo questi dati, nel 40% dei casi, a trasmettere l'infezione alla donna è il marito, il compagno, il fidanzato; nel 62% dei casi, questi nuovi sieropositivi (35 anni, spesso laureati, di buon livello

Segue a pagina 16

"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"

... in IL MONDO E' IN GUERRA

cultura-le, sociale ed economico) si sono contagiati con rapporti non protetti con prostitute o transessuali; il 34% degli eterosessuali scopre la malattia quando è già in Aids conclamato, e quindi la terapia può fare ben poco. Rispetto a 10-15 anni fa, la storia dell'Hiv in Italia ha subito una profonda modificazione. Se nel 1985 il 93% di chi si scopriva sieropositivo era tossicodipendente o aveva alle spalle una storia di dro-ga, oggi il gruppo più consistente è rappresentato dalle persone infettatesi per via eterosessuale: dal '97 al 2000, l'infezione eterosessuale è aumentata dal 30 al 42%. Se teniamo conto dei pazienti arruo-lati negli ultimi due anni scopriamo che più della metà, esattamente il 53,2%, ha acquisito il virus per via sessuale, mentre di contro i tossicodipendenti e gli ex tossicodipendenti sono l'11,7%. Tra gli eterosessuali le più rappresentate sono le donne: il 63% delle 1.430 inserite nello studio ha infatti acquisito l'infezione tramite rapporti sessuali: nel 36% dei casi da partner abituale con infezione da Hiv nota, nel 40% dei casi da partner abituale con infezione da Hiv non nota (marito, fidanzato o compagno)". Anche l'età media si sta alzando notevolmente: 33 anni per le femmine, 36 per i maschi -: più del 50% è nella fascia d'età tra i 30 e i 40 anni, ma c'è anche un 14% di donne e un 26% di maschi in età superiore ai 40 anni. Sempre per quanto riguarda gli eterosessuali, nel 43,4% dei casi ha scoperto di essere Hiv+ di recente, di solito non attraverso il test ma in conseguenza di una qualche sintomatologia Hiv correlata. Secondo i dati di ICONA la percentuale di chi si infetta per contatti omosessuali resta sostanzialmente invariata (dal 25,5 del 1996-98 al 27,2% del 1999-2001). Oltre alle modificazioni nell'andamento dell'epidemia, ICONA sta controllando anche i cambiamenti comportamentali delle persone sieropositive, soprattutto in ambito sessuale. Confrontando le risposte a un questionario fornito dopo sei mesi da 597 persone entrate in terapia antiretrovirale all'inizio dello studio con quelle date da 607 persone non ancora in terapia è stato possibile mettere in luce alcune abitudini interessanti. Per esempio che la proporzione di persone sessualmente attiva rimaneva stabile sia in coloro che avevano iniziato (70% all'inizio dello studio e 71% dopo sei mesi) sia in coloro che non avevano iniziato la terapia (85% e 82%). Tra le persone sessualmente attive, inoltre, l'uso del profilattico aumentava in modo significativo tra chi era in terapia (dal 64% al 75%) rispetto alle persone non in terapia (dal 72 al 75%). In definitiva i risultati dello studio non suggeriscono che l'inizio di una terapia antiretrovirale possa determinare, almeno nel breve termine, una minore attenzione della necessità di adottare comportamenti che riducano il rischio di acquisire o trasmettere infezioni. E' anzi possibile che la coscienza della possibilità di curare l'infezione da Hiv aumenti la capacità individuale di adottare comportamenti protettivi verso la propria salute e quella altrui.

L'HIV nella coppia

Tossicodipendenza e poligamia, le due principali vie di diffusione del virus HIV in Italia, sono comportamenti caratteristici della seconda e della terza decade di vita e conseguentemente la maggior parte delle infezioni da HIV interessa soggetti in piena età fertile. La lunga fase asintomatica della malattia da immunodeficienza e l'efficacia dei nuovi trattamenti antiretrovirali inducono i pazienti a considerare la possibilità di avere un figlio nonostante la gravità dell'infezione da cui sono affetti. Nelle coppie sierodiscordanti il soggetto sieropositivo può trasmettere l'infezione al partner sano durante rapporti deliberatamente finalizzati al concepimento. Quando la donna è infetta dal virus HIV, indipendentemente dalla concomitanza dell'infezione nel maschio, il virus può essere trasmesso al feto durante la gravidanza o al parto. La scelta di avere un figlio nelle coppie in cui uno od entrambi i partner siano HIV-positivi comporta quindi sempre un rischio di contagio di un soggetto (partner o concepito) ancora non infetto. La scelta riproduttiva nei soggetti affetti da HIV presenta conseguentemente aspetti biologici, clinici ed etici del tutto particolari. Nelle coppie sierodiscordanti il concepimento comporta sempre un rischio di contagio per il partner sano. Il rischio infettivo per concepimento è funzione del rischio di contagio per singolo rapporto moltiplicato per il numero di rapporti consumati prima che abbia luogo la fecondazione. Il rischio di contagio per singolo rapporto dipende dall'infettività del soggetto sieropositivo e dalla recettività genitale del partner per il virus. La trasmissione sessuale del virus dal maschio alla femmina è comunque sempre più efficiente di quella dalla femmina all'uomo. I fattori che influenzano la trasmissione sessuale sono difficilmente quantificabili ma vi sono limitate evidenze che soggetti con avanzata immunodepressione o con infezioni genitali possano essere più infettanti in ragione di una maggior carica virale seminale, mentre soggetti in terapia antiretrovirale possano avere una diminuzione del contenuto virale dell'ejaculato e quindi una minor possibilità di infettare il partner. Nella donna la presenza di infezioni cervico-vaginali o di lesioni delle mucose genitali facilita sia la recettività che la trasmissione del virus. I fattori influenti sulla trasmissibilità virale sono variabili incostanti in quanto possono mutare durante i mesi nei quali la coppia prova ad avere un figlio. Il preciso meccanismo di trasmissione sessuale del virus è ancora sconosciuto, ma vi sono però importanti elementi conoscitivi sulla presenza del virus nel tratto genitale maschile e femminile e nei loro fluidi biologici. Nel tratto genitale maschile le cellule del sistema immunocompetente (prevalentemente macrofagi e linfociti) presenti nell'uretra, nella prostata e nelle vescicole seminali sono il principale serbatoio di provirus HIV. In caso di infezione genitale la concentrazione di queste cellule nei tessuti genitali aumenta considerevolmente e crea condizioni di maggior escrezione del virus nello sperma e nei secreti genitali. Il virus è comunque presente nella sua forma infettante RNA non integrata nel plasma seminale e nel secreto genitale pre-eiaculatorio. Un importante problema biologico è ovviamente quello che riguarda la possibilità che il virus possa integrarsi nel genoma dello spermatozoo o rimanere adeso alla sua superficie potendo così penetrare nell'ovulo femminile al momento della fecondazione. In una recente ricerca su oltre duecento campioni spermatici esaminati è stato identificato la presenza di DNA ed RNA virale nel 50% dei campioni seminali non frazionati, mentre non sono state trovate copie di RNA o DNA virale nell'aliquota di spermatozoi mobili recuperata dopo trattamento del campione mediante filtrazione su gradiente, lavaggio e migrazione spontanea. Alcuni ricercatori hanno evidenziato mediante PCR in-situ la presenza del virus nell'epitelio germinale testicolare, ma non negli spermatozoi maturi, suggerendo una diretta capacità del virus di infettare la linea germinale. Tali dati sono stati confutati da altre ricerche e tuttora non vi è sufficiente evidenza a favore o contro la possibilità che il virus HIV-1 sia in grado di infettare lo spermatozoo, presupposto per una trasmissione diretta dell'infezione dal maschio infetto alla prole.

Segue a pagina 17

Sotto il profilo epidemiologico non è comunque mai stata riportata la nascita di un bambino infetto da padre positivo senza coinfezione materna, né si registra un eccesso di infezioni congenite nei nati da madre sieropositiva quando anche il padre è infetto con HIV. Meno precisi sono i dati sulla presenza del virus nell'apparato genitale femminile in cui è possibile identificarlo nel secreto cervicale, con concentrazioni significativamente più elevate in caso di gravidanza o di flogosi genitale. Vi sono coppie in cui entrambi i soggetti sono sieropositivi e coppie in cui uno solo dei partner è infetto. In Italia, pur in assenza di dati precisi, la maggior parte delle coppie sierodiscordanti è formata da un maschio infetto e da una donna sana data la predominanza di maschi sieropositivi eterosessuali rispetto alle donne. In ogni caso il concepimento comporta un rischio di contagio sessuale. Questo rischio è maggiore per la donna data la maggiore efficienza della trasmissione sessuale maschio-femmina probabilmente in relazione alla maggior carica virale 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 la deposizione in vagina di sperma raccolto in un condom o per masturbazione senza alcun rischio di infezione per il maschio. Assai 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 sottostimato ed inoltre va considerato che la possibilità di concepimento per singolo rapporto è intorno al 16%.

HIV e attività sessuale

Come già detto, la scoperta della sieropositività per HIV obbliga i pazienti a modificare i propri comportamenti sessuali per ridurre il rischio di trasmissione ad altre persone, ma certamente non a rinunciare a una vita sessuale completa o a soddisfare all'interno di questa il proprio desiderio di maternità o paternità. L'avvento della terapia antiretrovirale a elevata attività (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART), comprendente una combinazione di almeno 3 farmaci, ha notevolmente aumentato la sopravvivenza delle persone HIV-positive. Si è assistito, di conseguenza, alla riscoperta della progettualità, alla ricerca di normalità, ad una maggiore attenzione alla qualità della vita. Da qui l'esigenza, da parte dei pazienti e dei medici, di ribadire alcune certezze e fare luce su alcune problematiche emergenti, per garantire una sessualità serena e "sicura" alle persone che convivono con l'HIV. Come è noto, la trasmissione di HIV non si verifica automaticamente a ogni rapporto sessuale. Ci sono persone che hanno contratto l'infezione dopo un singolo rapporto, e altre che non si sono contagiate anche dopo anni di rapporti con un partner sieropositivo. Sicuramente alcuni tipi di rapporto e alcuni fattori favoriscono il contagio. In generale, più un rapporto è traumatico e violento, maggiore è il rischio di trasmettere l'infezione. In ordine decrescente di rischio abbiamo: la penetrazione anale senza profilattico. Il rischio di trasmissione per singolo rapporto anale recettivo non protetto con partner sieropositivo è stimato fra lo 0,1 e lo 0,3%. Il rischio, più basso (0,03%), sussiste anche nel caso di rapporto anale insertivo con soggetto sieropositivo. La penetrazione vaginale senza profilattico. Il rischio è maggiore (0,1-0,2%) nel caso di donna sieronegativa che ha un rapporto con un uomo sieropositivo rispetto al caso opposto (0,03-0,1%). Questo si verifica perché la concentrazione di virus è maggiore nello sperma che nelle secrezioni vaginali e perché la superficie di mucosa esposta all'infezione è maggiore nella donna che, peraltro, più frequentemente può presentare lesioni genitali che ne facilitano la recettività. Oltre che nel sangue, nelle persone HIV-positive il virus è presente in concentrazioni sufficienti a trasmettere l'infezione anche nello sperma, nel liquido pre-spermatico che fuoriesce dal pene prima dell'orgasmo, nelle secrezioni vaginali. La bocca, la vagina, il retto, l'uretra maschile (cioè il canale che attraversa il pene) sono rivestiti da un tessuto, la mucosa, costituito da cellule che possono essere infettate da secrezioni vaginali infette e dal sangue eventualmente presente in bocca, in vagina o nel retto. È da qualche anno disponibile un nuovo profilattico, detto "femminile", che, anziché essere indossato sul pene, viene posto in vagina o nel retto. I comuni spermicidi o gli anticoncezionali orali (pillola) non proteggono dall'infezione. In uno studio italiano condotto su 343 donne HIV-negative, partner stabili di maschi HIV-positivi, l'incidenza della sieroconversione in quelle che hanno avuto soltanto rapporti protetti è stata di 1/100 soggetti/anno, mentre è stata di 7/100 soggetti/anno in quelle che usavano il profilattico saltuariamente o niente affatto. L'uso del profilattico è consigliato anche tra partner entrambi sieropositivi, in questo caso non per prevenire il contagio, ma per evitare la trasmissione di ceppi virali diversi per virulenza (cioè aggressività) o sensibilità ai farmaci. Liquido pre-spermatico, lo sperma, le secrezioni vaginali o con perdite di sangue (mestruale o rettale da emorroidi o ragadi anali); viceversa, chi riceve queste stimolazioni da un sieropositivo è a rischio solo se il partner presenta lesioni sanguinanti in bocca. L'utilizzo costante e corretto del profilattico è certamente il metodo più efficace per prevenire la trasmissione di HIV durante i rapporti sessuali.

HIV e disfunzioni sessuali

Nelle persone con infezione da HIV la frequenza di disfunzioni sessuali, quali il deficit dell'erezione (o impotenza) e/o la riduzione del desiderio sessuale aumenta, oltre che con l'età (come nella popolazione generale), anche con la progressione della malattia. Negli ultimi anni, nonostante un miglioramento dello stato di salute dovuto all'avvento dell'HAART, un numero crescente di pazienti HIV-positivi ha riferito disturbi di natura sessuale. In molti casi l'insorgenza di questi disturbi è coincisa con l'inizio di una terapia antiretrovirale comprendente un inibitore della proteasi (IP). Per verificare se l'aumento di disfunzioni sessuali HIV-correlate sia reale, e nel caso studiarne le cause, o solo apparente, dovuto alla maggiore attenzione che questi pazienti prestano a problemi un tempo ritenuti secondari, sono stati di recente condotti diversi studi sull'argomento.

Segue a pagina 18

"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"

... in IL MONDO E' IN GUERRA

Le disfunzioni sessuali sembrano più frequenti nei pazienti in terapia antiretrovirale rispetto a quelli che non lo sono (24% contro 3,8%), con una prevalenza maggiore in chi assume IP. Esse interesserebbero, infatti, il 31% dei sieropositivi in terapia con IP; in particolare, il calo del desiderio riguarderebbe il 41% dei pazienti (maschi e femmine 13 12 in proporzione uguale), mentre la disfunzione erettile affliggerebbe il 35% dei maschi. Il rischio di sviluppare una riduzione del desiderio o un deficit dell'erezione sarebbe, rispettivamente, 3,5 e 2,5 volte superiore nei pazienti che effettuano una terapia contenente un IP rispetto a quelli in trattamento senza IP; fra gli IP, ritonavir (Norvir) sarebbe quello che presenta un rischio maggiore di disfunzioni sessuali. Un danno neuropatico a livello delle vie nervose che arrivano ai genitali potrebbe essere la causa della disfunzione erettile nei pazienti che assumono indinavir (Crixivan), mentre sembrano escluse eventuali cause ormonali. Il ruolo causale degli IP nello sviluppo di questi disturbi sarebbe confermato indirettamente dall'osservazione che la funzione sessuale sembra migliorare nei casi in cui è possibile sostituire questi farmaci con un inibitore della trascrittasi inversa. Di contro, altri studi non mostrano correlazione fra uso di IP e disfunzioni sessuali. Date le molteplici cause che possono essere alla base delle disfunzioni sessuali, è necessario un approccio specialistico multidisciplinare (infettivologico, urologico, neurologico, endocrinologico, psicologico) per la diagnosi e il trattamento di questi disturbi nei sieropositivi. Le iniziative personali e i suggerimenti non specialistici sono sempre da bandire perché potenzialmente dannosi sotto diversi punti di vista. Nel caso di pazienti che assumono IP, si può provare a passare, dove possibile, a un regime di terapia senza IP. Quando ciò risultasse inefficace o impraticabile, e in tutti gli altri casi, si interverrà come ritenuto più opportuno dallo specialista, il quale dovrà innanzitutto verificare l'eventuale uso di altri farmaci e la presenza di altre patologie croniche (ipertensione arteriosa, diabete mellito, insufficienza epatica, depressione) o di comportamenti patologici (uso di droghe, abuso di alcool) che possono provocare disturbi sessuali. Per il trattamento della disfunzione erettile risulta spesso efficace una categoria di farmaci per uso orale, gli inibitori della fosfodiesterasi 5, che agisce aumentando l'afflusso di sangue all'interno del pene a seguito di stimolazione sessuale. Le molecole appartenenti alla categoria degli inibitori della fosfodiesterasi 5 sono, al momento, tre: sildenafil (Viagra): da assumere circa 1 ora prima del rapporto, lontano dai pasti o dall'assunzione di alcool. Durata d'azione: 4-6 ore. Dosaggio: 25, 50 o 100 mg. tadalafil (Cialis): da assumere circa 20 minuti prima del rapporto. Gli effetti non vengono modificati dal cibo o dall'alcool. Durata d'azione: superiore alle 24 ore. Dosaggio: 10 o 20 mg. vardenafil (Levitra, Vivanza): è l'ultimo nato di questa classe di farmaci. È da assumere circa 20 minuti prima del rapporto, indipendentemente dai pasti o dall'assunzione di alcool. Durata d'azione: 6-8 ore. Dosaggio: 5, 10 o 20 mg. I possibili effetti collaterali sono: mal di testa, rossore al viso, vampate di calore, disturbi della digestione, capogiri, naso chiuso, alterata visione dei colori (per il solo sildenafil), mal di schiena e dolori muscolari (per il solo tadalafil). Tutti questi effetti sono transitori e tendono a scomparire nel giro di qualche ora. Gli inibitori della fosfodiesterasi 5 sono assolutamente controindicati in chi fa uso di sostanze che contengono nitrati, per esempio alcuni farmaci che si usano per trattare gli attacchi di angina pectoris o alcuni prodotti assunti a scopo voluttuario ("poppers"). Sono inoltre controindicati in presenza di cardiopatie, insufficienza epatica, vasculopatia cerebrale, retinite pigmentosa, ipotensione arteriosa, alcune malattie del sangue (anemia falciforme, leucemia, emofilia, mieloma). Poiché questi farmaci vengono smaltiti dall'organismo attraverso le stesse vie che metabolizzano gli IP, la somministrazione contemporanea ne fa aumentare le concentrazioni plasmatiche, con la possibilità di accentuarne gli effetti collaterali in maniera anche grave. Ne consegue che, nei pazienti che assumono IP, bisogna iniziare con il dosaggio più basso, distanziando maggiormente le somministrazioni (nel caso del Viagra, 25 mg ogni 48 ore). Altro farmaco impiegato nel trattamento della disfunzione erettile è l'apomorfina (Apofin, Ixense, Taluvian, Uprima), che agisce sul meccanismo dell'erezione a livello del sistema nervoso centrale e che non sembra avere alcuna interazione con gli IP. Molto meno efficace rispetto agli inibitori della fosfodiesterasi 5, viene assunta per via sub-linguale ed è attiva dopo 20 minuti circa. Dosaggio: 2 o 3 mg. Prima di assumerne un'altra dose è necessario che trascorra un intervallo di almeno 8 ore. Il farmaco è controindicato nei pazienti con problemi cardiaci o pressori (iper o ipotensione arteriosa) e nei casi di insufficienza epatica. I possibili effetti collaterali comprendono: nausea, mal di testa, capogiri, sbadigli, sonnolenza, vampate di calore, alterazione del gusto, sudorazione e, raramente, svenimenti.

Procreazione assistita in coppie sierodiscordanti

Nelle coppie sierodiscordanti, in cui cioè uno dei componenti è sieropositivo e l'altro sieronegativo, il concepimento comporta sempre un rischio di contagio per il partner sieronegativo. Esistono centri di Ostetricia e Ginecologia specializzati nel seguire queste coppie desiderose di avere un figlio, che hanno messo a punto delle metodiche in grado di annullare o ridurre il rischio infettivo. Nel caso in cui solo la donna sia HIV-positiva, la fecondazione può essere ottenuta mediante tecniche di procreazione assistita in cui lo sperma del partner viene depositato in vagina. Nel caso in cui solo l'uomo sia HIV-positivo, si può ricorrere al cosiddetto "lavaggio" dello sperma che permette di rimuovere il virus dal liquido seminale; la fecondazione viene poi tentata mediante tecniche di procreazione assistita o di inseminazione artificiale. Questo procedimento, per quanto molto sicuro, non permette di escludere al 100% la presenza di virus nel liquido seminale, per cui la coppia deve essere consapevole di un potenziale rischio di infezione. Finora, nessuno dei centri italiani che utilizza la metodica di lavaggio dello sperma per coppie sierodiscordanti ha riportato casi di sieroconversione nelle donne o di infezione congenita del neonato. Negli ultimi anni, l'introduzione della HAART nei Paesi industrializzati ha permesso agli uomini e alle donne con infezione da HIV di tornare "a vivere", a progettare. Per molti ciò ha significato una riscoperta della propria sessualità e un riconsiderare la possibilità di essere genitori. Una vita "normale", quale si prospetta oggi alle persone HIV-positive, non può prescindere comunque dal riconoscimento della propria condizione di sieropositività, perché solo così si può conciliare un atteggiamento di apertura agli altri con l'adozione di misure utili a prevenire la trasmissione dell'infezione. In questo scenario di ritrovata fiducia nel futuro, un atteggiamento di responsabilità nei confronti di se stessi e degli altri rimane dunque un'arma irrinunciabile nella lotta all'AIDS.

Segue a pagina 19

In una delle più esaustive ricerche sulle coppie sierodiscordanti (Semprini, Giuntelli, Fiore, e altri - Clinica Ostetrica e Ginecologica, Istituto di Scienze Biomediche San Paolo - Università degli Studi di Milano) dopo aver studiato oltre 1000 coppie sierodiscordanti si è osservato che queste coppie pre-sentano 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. Inoltre queste coppie presentano spesso infezioni genitali che possono agire come fattori facilitanti il contagio sessuale. L'elevata prevalenza di infezioni genitali che caratterizza queste coppie indica un importante obiettivo di intervento medico perché eliminare la flogosi genitale indotta dall'infezione fa diminuire la pre-senza di cellule infiammatorie nel tratto genitale maschile e femminile capaci di favorire la trasmissione sessuale del virus. Inoltre l'eliminazione del patogeno genitale favorisce il concepimento e viene quindi a diminuire il numero di rapporti necessari per raggiungere il concepimento con un'indiretta riduzione del rischio di contagio. A tal proposito, è stata messa a punto una metodica combinata di fil-trazione su gradiente, lavaggio spermatico e migrazione spontanea che rimuovesse dall'eiaculato sia la componente virale cellulare sia quella libera nel plasma seminale. I risultati ottenuti 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. Negli ultimi cinque anni quasi 1585 coppie sierodiscordanti per sieropositività maschile desiderose di prole hanno chiesto di essere assistite per ottenere un concepimento con il minor rischio di infezione per la donna. I risultati di tale sistema di assistenza riproduttiva sono certamente incoraggianti. Su un numero di inseminazioni/donne inseminate; 1585/513 sono stati registrati i seguenti dati. Tasso di successo su tutte le inseminazioni: 14%; tasso di successo al primo tentativo: 37%; gravidanze dopo inseminazioni: 228; aborti spontanei: 33; gravidanze extrauterine: 5; gravidanze in corso: 12; parti: 178; bambini nati 206; sieroconversioni nelle donne inseminate: 0; infezioni congenite: 0. Un problema rilevante che si è dovuto affrontare è quello di coppie sierodiscordanti con fattori di infertilità incompatibili con il concepimento mediante inseminazione per ostruzione tubarica o grave di-spermia. Tali coppie, che si sono accumulate nel corso degli anni in cui il programma di concepimento assistito è stato operativo, sono state ora incluse in un programma sperimentale di fertilizzazione in vitro con seme del partner preparato precedentemente e sottoposto al trattamento di riduzione della componente virale. Dopo i primi 40 cicli di FIVET in 29 donne sono state ottenute 10 gravidanze senza alcun caso di infezione materna. Questa possibilità apre ulteriori problemi biologici e clinici. Sotto il profilo biologico viene infatti a cadere il meccanismo di selezione naturale degli spermatozoi tipico della fertilizzazione in vivo, mentre sotto il profilo clinico diventano rilevanti i rischi ed i costi della tecnica di fertilizzazione assistita a cui la paziente deve far fronte. È stato difficile sin dal primo momento in cui dai dati di laboratorio si è passati all'assistenza clinica, sia pure con modalità sperimentali, impostare il problema etico di accogliere il desiderio di gravidanze di soggetti affetti da una malattia ad esito mortale ed anche quello di procedere ad un'inseminazione che avrebbe potuto comportare l'infezione irreversibile di una donna sana. Gli aspetti etici di tutte le tecniche di fertilizzazione assistita hanno fatto e continueranno a far discutere per la difficoltà di inserire la fertilità nel novero delle funzioni biologiche che fanno parte propria della salute dell'individuo. La presenza di una grave infezione virale nel maschio trasmissibile contestualmente al concepimento alla donna sana rende il problema etico ancora più complesso. Va però ricordato che tali coppie sono, per la maggior parte potenzialmente fertili e che un diniego di assistenza non previene la ricerca della gravidanza e può comportare un aumento del rischio di contagio. In queste coppie va, quindi, ancora sconsigliato il concepimento per il rischio di trasmissione verticale del virus in attesa che i progressi nelle conoscenze del meccanismo di infezione materno-fetale portino alla possibilità di potere azzerare il rischio di infezione fetale. In queste coppie un intervento medico finalizzato al concepimento potrebbe essere lecito solo quando si potesse garantire una sicura protezione per il concepito. Un atteggiamento comunque possibile è quello di considerare il desiderio di gravidanza della donna sieropositiva, verificare la stabilità emotiva e del disegno parentale ed offrire quelle informazioni che possono ridurre il rischio di infezione per il concepito.

Gravidanza in donne sieropositive

Il rischio di trasmissione del virus AIDS, della madre al feto è stimato intorno al 30 - 50% anche se esistono alcune casistiche con percentuali di trasmissione molto più alte. Gli anticorpi materni passano nel sangue del feto attraverso la placenta: pertanto il neonato di una donna sieropositiva sarà sicuramente sieropositivo, cioè avrà gli anticorpi, ma solo il 15-40% di essi si ammalerà di AIDS. Il parto mediante l'utilizzo del taglio cesareo si è dimostrato utile a ridurre il rischio di contagio per il neonato. Queste donne così possono essere fonte di contagio pur essendo sane e molto spesso non a conoscenza del loro stato; una certa percentuale svilupperà poi, dopo alcuni anni, la malattia conclamata. La gravidanza può peggiorare il quadro clinico della donna infetta, sia sieropositiva, che già affetta da malattia conclamata. Per quanto riguarda il neonato questo, se infetto, ha circa il 50% di possibilità di sviluppare la malattia conclamata entro due anni. L'infezione aumenta inoltre di circa tre volte il rischio di aborto così come di diminuito sviluppo fatale e parto pretermine. La prova del contagio si ha comunque solo ricercando gli anticorpi specifici (IGM) ed il virus nel sangue del cordone ombelicale del neonato nei primi mesi di vita. È difficile valutare se la gravidanza costituisca di per sé una causa di diminuite difese immunitarie che predispongano allo sviluppo di complicanze infettive, sia nella gestante sana sia in quella sieropositiva. Vi sono in effetti pochi studi che analizzano l'effetto della gravidanza sulla storia naturale dell'infezione da HIV. Nel 1985 fu segnalato lo sviluppo di AIDS in un terzo delle gravide HIV sieropositive nei due anni e mezzo successivi al parto, suggerendo quindi un profondo effetto di accelerazione della malattia. Da allora un solo studio prospettico su 102 gestanti HIV-positive ha osservato una diminuzione più rapida dei linfociti CD4 in gravidanza rispetto a quanto osservato nei mesi successivi al parto nelle stesse pazienti.

Segue a pagina 20

"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"

... in IL MONDO E' IN GUERRA

Questi due preoccupanti risultati sono però in contrasto con quelli di altri tre studi prospettici in cui la gravidanza è risultata ininfluente sulla progressione dell'immunodeficienza. In Italia non si è osservato una progressione della malattia, né una maggiore incidenza di patologie infettive rispetto a quanto normalmente atteso in più di mille gravidanze in donne HIV-positive registrate dallo Studio multicentrico della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, anche se dopo taglio cesareo le pazienti sieropositive hanno un maggior rischio di complicanze infettive. In uno studio su 172 gestanti effettuato nel 2003 analizzando le concentrazioni di linfociti CD4 rilevati in modo longitudinale non si osserva una loro diminuzione durante il periodo gestazionale e nei sei mesi successivi al parto. Non vi sono dati prospettici sull'incidenza di malattie infettive nelle gestanti HIV-positive, ma sono stati segnalati decessi per setticemia da *Listeria*, per polmonite da *Pneumocystis carinii* o per Tubercolosi. Vi sono patogeni materni che possono passare la placenta e contaminare il feto con conseguenze che sono in genere tanto più gravi, quanto più precoce è la settimana gestazionale in cui la madre contrae l'infezione. Per le infezioni del gruppo TORCH (Toxoplasmosi, Cytomegalovirus, Herpes) vi sono osservazioni che indicano tempi e modalità del coinvolgimento fetale, mentre per il virus HIV persistono delle incertezze sia sulla percentuale di feti infettati in utero, sia sul meccanismo utilizzato dal virus per superare la barriera placentare. La maggior parte delle gestanti HIV-positive sono infette fin da prima del concepimento ed il rischio di coinvolgimento embrio-fetale si estende su tutta la durata della gestazione. Nonostante la capacità del virus HIV di infettare la placenta sin dal primo trimestre non si osserva un aumento della percentuale di malformazioni, di aborti o di ritardo di crescita endouterina rispetto a quella delle gestanti sieronegative. Nessuno dei numerosi studi pubblicati sugli esiti perinatali di donne HIV-positive ha mai segnalato una maggiore incidenza di malformazioni fetali e la segnalazione di una specifica sindrome malformativa da HIV non ha mai ricevuto conferma dai numerosi studi pubblicati sugli esiti perinatali delle pazienti HIV-positive. Inoltre anche gli esiti perinatali delle gestanti sieropositive risultano paragonabili a quelli della popolazione generale quando vengono escluse pazienti con tossicodipendenza attiva durante la gestazione. Curve di accrescimento intrauterino e peso alla nascita dei nati da madri HIV-positive non differiscono significativamente da quelli che si osservano in madri HIV-negative. Queste osservazioni suggeriscono che il virus non eserciti un effetto citopatico sul feto-placentare, oppure che l'infezione intrauterina avvenga in epoca tardiva quando il feto ha ormai raggiunto il suo completo sviluppo ponderale. Le gravidanze di donne HIV-positive dovrebbero essere seguite presso centri che abbiano la possibilità di eseguire controlli seriati del numero di CD4, dell'antigenemia p24 e il controllo della viremia materna con PCR quantitativa. Particolare attenzione è da riservare allo studio della situazione polmonare: è frequente nelle gravide HIV-positive un interessamento polmonare da parte di virus o parassiti, in particolare da *Pneumocystis carinii*. La malattia è particolarmente insidiosa in gravidanza con elevata mortalità, pertanto nelle gestanti sieropositive è necessario iniziare la terapia specifica anche sulla base del solo sospetto diagnostico. Sospetto clinico, diagnosi tempestiva, immediato inizio della terapia sono necessari per offrire qualche possibilità di sopravvivenza. È importante poi ricordare che l'infezione da HIV è associata ad una maggior prevalenza di infezioni cervicali da HPV, con un aumento di otto volte del rischio di sviluppare tumore cervicale uterino. La prevenzione delle forme invasive prevede un Pap test semestrale in tutte le donne HIV-positive eseguendo senza indugio colposcopia e biopsia di ogni lesione sospetta. Ragionevole, ma non di provata utilità, è la identificazione del genotipo HPV per mantenere controlli più serrati su pazienti con alto potenziale oncogeno (tipi 16, 18 e 33). Le pazienti sieropositive presentano elevata frequenza di infezioni genitali che devono essere indagate mediante tamponi specifici per *Neisseria g.*, *Chlamydia t.* e *Mycoplasma*. L'identificazione ed il trattamento riducono il rischio di parto prematuro, di rottura prematura delle membrane, di corioamniosite che aumentano il rischio di trasmissione verticale del virus HIV.

Parto

La maggioranza delle infezioni sembra avvenire durante il parto, in seguito al contatto del bambino col sangue e le secrezioni cervicovaginali infette della madre. Il rischio di trasmissione aumenta proporzionalmente alla carica virale materna, ma è comunque possibile anche con livelli di HIV RNA indeterminabili. Una serie di interventi coordinati (terapia antiretrovirale, parto cesareo elettivo, eseguito cioè prima dell'inizio del travaglio e della rottura delle membrane, astensione dall'allattamento al seno) si sono rivelati in grado di abbassare all'1-2% il rischio di contagio. Tutti questi interventi agiscono sulla trasmissione con meccanismi simili, riducendo l'esposizione del feto, del neonato, del lattante al virus presente nel sangue, nelle secrezioni vaginali e nel latte materno. Diversi studi hanno dimostrato che la terapia antiretrovirale somministrata alla madre durante la gravidanza, al momento del parto e poi al neonato, riduce il rischio di trasmissione verticale dell'infezione, anche se, per alcuni farmaci, la sicurezza in termini di tossicità materna, fetale, neonatale e di sviluppo è bassa o non ancora definita. Zidovudina (Retrovir), lamivudina (Epivir), zidovudina/lamivudina (Combivir), nevirapina (Viramune), nelfinavir (Viracept) sono i farmaci antiretrovirali che, variamente combinati fra loro, sono considerati più sicuri, mentre altri sono sconsigliati o vanno utilizzati in situazioni particolari. La zidovudina dovrebbe essere inclusa in tutte le combinazioni di terapia, tranne nei casi di significativa intolleranza o evidenza di resistenza. La scelta del regime terapeutico più adeguato per la madre e dei tempi di somministrazione andrà comunque fatta sulla base di diverse variabili (carica virale, conta dei CD4+, storia clinica, settimana di gravidanza, tossicità dei farmaci), con l'obiettivo di prevenire la trasmissione verticale e garantire al tempo stesso un buon controllo dell'infezione materna. Un breve ciclo di terapia antiretrovirale con zidovudina o nevirapina andrà somministrato anche al neonato, iniziandolo entro le prime 48 ore dal parto. L'inarrestabile aumento dei casi di AIDS pediatrico deriva integralmente dalla trasmissione perinatale del virus da madri HIV-infette ai loro concepiti e si ritiene che questo passaggio abbia luogo, nella maggior parte dei casi, al momento del parto. Il meccanismo d'infezione connatale implica la trasfusione di cellule infette, materne o placentari o di virioni liberi nella circolazione fetale durante le contrazioni uterine del travaglio oppure la contaminazione delle mucose fetali con fluidi genitali infetti durante il passaggio del feto nel canale del parto.

Segue a pagina 21

Il tasso di trasmissione verticale nei nati da taglio ce-sareo è minore rispetto a quello osservato nei nati da parto vaginale. Questo suggerisce un'azione protettiva del taglio cesareo dovuto all'estrazione addominale che evita il passaggio del feto tramite cervice e vagina. Il taglio cesareo può anche ridurre il possibile passaggio di cellule infette nella circolazione fetale diminuendo la durata del travaglio od evitandolo del tutto quando viene eseguito in modo elettivo, qualche tempo prima del termine ed a membrane integre. La somministrazione di Zidovudina (AZT), alla madre ed al bambino riduce il rischio di trasmissione verticale ed in questo caso si ritiene che il meccanismo protettivo operi mediante una riduzione della carica virale ematica e genitale materna. Entrambi questi interventi, uno ostetrico ed uno farmacologico, possono quindi concorrere a ridurre al minimo il rischio di infezione connatale nei nati da madre HIV-positiva. Queste due modalità di intervento preventivo si sono progressivamente diffuse nella pratica ostetrica del nostro paese. La pubblicazione dei risultati dello studio randomizzato franco-americano ACTG 076 sulla somministrazione profilattica di AZT nella madre e nel neonato con riduzione del 70% del tasso di trasmissione verticale ha indicato l'utilità della terapia antiretrovirale nel ridurre il rischio di infezione connatale. La riduzione della viremia materna ottenuta dall'inibizione della replicazione virale spiega solo in parte la diminuzione del tasso di infezione connatale suggerendo un effetto aspecifico dell'AZT verosimilmente mediato dal miglioramento della risposta immunitaria. Questa evidenza e l'efficacia delle terapie combinate antiretrovirali nel ridurre la replicazione virale e migliorare la conta linfocitaria indicano la possibilità di ridurre il tasso di trasmissione verticale al di sotto dell'8% osservato nelle donne dello studio ACTG 076 che avevano ricevuto il farmaco. In Francia l'uso profilattico di AZT o di terapie combinate ha ridotto il tasso di trasmissione verticale al di sotto del 5%. L'efficacia del trattamento non deve comunque oscurare le preoccupazioni sui potenziali effetti tossici nei bambini esposti a farmaci antiretrovirali in utero, soprattutto quando si considera che tre feti su quattro non si infetterebbero anche senza terapia profilattica. Un secondo provvedimento che può agire in modo sinergico al trattamento farmacologico nel limitare il rischio di infezione è l'espletamento del parto per via cesarea prima dell'inizio del travaglio. Tale importante provvedimento, non scevro di complicanze nelle donne HIV-positive, riduce il rischio infettivo del 50% indipendentemente dal fatto che la madre riceva terapia antiretrovirale e da quali farmaci sia composta. Questi risultati 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.

Procreazione assistita in coppie sierodiscordanti

Nelle coppie sierodiscordanti, in cui cioè uno dei componenti è sieropositivo e l'altro sieronegativo, il concepimento comporta sempre un rischio di contagio per il partner sieronegativo. Esistono centri di Ostetricia e Ginecologia specializzati nel seguire queste coppie desiderose di avere un figlio, che hanno messo a punto delle metodiche in grado di annullare o ridurre il rischio infettivo. Nel caso in cui solo la donna sia HIV-positiva, la fecondazione può essere ottenuta mediante tecniche di procreazione assistita in cui lo sperma del partner viene depositato in vagina. Nel caso in cui solo l'uomo sia HIV-positivo, si può ricorrere al cosiddetto "lavaggio" dello sperma che permette di rimuovere il virus dal liquido seminale; la fecondazione viene poi tentata mediante tecniche di procreazione assistita o di inseminazione artificiale. Questo procedimento, per quanto molto sicuro, non permette di escludere al 100% la presenza di virus nel liquido seminale, per cui la coppia deve essere consapevole di un potenziale rischio di infezione. Finora, nessuno dei centri italiani che utilizza la metodica di lavaggio dello sperma per coppie sierodiscordanti ha riportato casi di sieroconversione nelle donne o di infezione congenita del neonato. Negli ultimi anni, l'introduzione della HAART nei Paesi industrializzati ha permesso agli uomini e alle donne con infezione da HIV di tornare "a vivere", a progettare. Per molti ciò ha significato una riscoperta della propria sessualità e un riconsiderare la possibilità di essere genitori. Una vita "normale", quale si prospetta oggi alle persone HIV-positive, non può prescindere comunque dal riconoscimento della propria condizione di sieropositività, perché solo così si può conciliare un atteggiamento di apertura agli altri con l'adozione di misure utili a prevenire la trasmissione dell'infezione. In questo scenario di ritrovata fiducia nel futuro, un atteggiamento di responsabilità nei confronti di se stessi e degli altri rimane dunque un'arma irrinunciabile nella lotta all'AIDS. In una delle più esaustive ricerche sulle coppie sierodiscordanti (Semprini, Giuntelli, Fiore, e altri - Clinica Ostetrica e Ginecologica, Istituto di Scienze Biomediche San Paolo - Università degli Studi di Milano) dopo aver studiato oltre 1000 coppie sierodiscordanti si è osservato che queste coppie 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. Inoltre queste coppie presentano spesso infezioni genitali che possono agire come fattori facilitanti il contagio sessuale. L'elevata prevalenza di infezioni genitali che caratterizza queste coppie indica un importante obiettivo di intervento medico perché eliminare la flogosi genitale indotta dall'infezione fa diminuire la presenza di cellule infiammatorie nel tratto genitale maschile e femminile capaci di favorire la trasmissione sessuale del virus. Inoltre l'eliminazione del patogeno genitale favorisce il concepimento e viene quindi a diminuire il numero di rapporti necessari per raggiungere il concepimento con un'indiretta riduzione del rischio di contagio. A tal proposito, è stata messa a punto una metodica combinata di filtrazione su gradiente, lavaggio spermatico e migrazione spontanea che rimuovesse dall'eiaculato sia la componente virale cellulare sia quella libera nel plasma seminale. I risultati ottenuti 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. Negli ultimi cinque anni quasi 1585 coppie sierodiscordanti per sieropositività maschile desiderose di prole hanno chiesto di essere assistite per ottenere un concepimento con il minor rischio di infezione per la donna. I risultati di tale sistema di assistenza riproduttiva sono certamente incoraggianti,

Segue a pagina 22

"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"

... in IL MONDO E' IN GUERRA

Su un numero di inseminazioni/donne inseminate; 1585/513 sono stati registrati i seguenti dati. Tasso di successo su tutte le inseminazioni: 14%; tasso di successo al primo tentativo: 37%; gravidanze dopo inseminazioni: 228; aborti spontanei: 33; gravidanze extrauterine: 5; gravidanze in corso: 12; parti: 178; bambini nati 206; sieroconversioni nelle donne inseminate: 0; infezioni congenite: 0. Un problema rilevante che si è dovuto affrontare è quello di coppie sierodiscordanti con fattori di infertilità incompatibili con il concepimento mediante inseminazione per ostruzione tubarica o grave di-spermia. Tali coppie, che si sono accumulate nel corso degli anni in cui il programma di concepimento assistito è stato operativo, sono state ora incluse in un programma sperimentale di fertilizzazione in vitro con seme del partner preparato precedentemente e sottoposto al trattamento di riduzione della componente virale. Dopo i primi 40 cicli di FIVET in 29 donne sono state ottenute 10 gravidanze senza alcun caso di infezione materna. Questa possibilità apre ulteriori problemi biologici e clinici. Sotto il profilo bio-logico viene infatti a cadere il meccanismo di selezione naturale degli spermatozoi tipico della fertilizzazione in vivo, mentre sotto il profilo clinico diventano rilevanti i rischi ed i costi della tecnica di fertilizzazione assistita a cui la paziente deve far fronte. È stato difficile sin dal primo momento in cui dai dati di laboratorio si è passati all'assistenza clinica, sia pure con modalità sperimentali, impostare il problema etico di accogliere il desiderio di gravidanze di soggetti affetti da una malattia ad esito mortale ed anche quello di procedere ad un'inseminazione che avrebbe potuto comportare l'infezione irreversibile di una donna sana. Gli aspetti etici di tutte le tecniche di fertilizzazione assistita hanno fatto e continueranno a far discutere per la difficoltà di inserire la fertilità nel novero delle funzioni biologiche che fanno parte propria della salute dell'individuo. La presenza di una grave infezione virale nel maschio trasmissibile contestualmente al concepimento alla donna sana rende il problema etico ancora più complesso. Va però ricordato che tali coppie sono, per la maggior parte potenzialmente fertili e che un diniego di assistenza non previene la ricerca della gravidanza e può comportare un aumento del rischio di contagio. In queste coppie va, quindi, ancora sconsigliato il concepimento per il rischio di trasmissione verticale del virus in attesa che i progressi nelle conoscenze del meccanismo di infezione materno-fetale portino alla possibilità di potere azzerare il rischio di infezione fetale. In queste coppie un intervento medico finalizzato al concepimento potrebbe essere lecito solo quando si potesse garantire una sicura protezione per il concepito. Un atteggiamento comunque possibile è quello di considerare il desiderio di gravidanza della donna sieropositiva, verificare la stabilità emotiva e del disegno parentale ed offrire quelle informazioni che possono ridurre il rischio di infezione per il concepito.

Gravidanza in donne sieropositive

Il rischio di trasmissione del virus AIDS, della madre al feto è stimato intorno al 30 - 50% anche se esistono alcune casistiche con percentuali di trasmissione molto più alte. Gli anticorpi materni passano nel sangue del feto attraverso la placenta: pertanto il neonato di una donna sieropositiva sarà sicuramente sieropositivo, cioè avrà gli anticorpi, ma solo il 15-40% di essi si ammalerà di AIDS. Il parto mediante l'utilizzo del taglio cesareo si è dimostrato utile a ridurre il rischio di contagio per il neonato. Queste donne così possono essere fonte di contagio pur essendo sane e molto spesso non a conoscenza del loro stato; una certa percentuale svilupperà poi, dopo alcuni anni, la malattia conclamata. La gravidanza può peggiorare il quadro clinico della donna infetta, sia sieropositiva, che già affetta da malattia conclamata. Per quanto riguarda il neonato questo, se infetto, ha circa il 50% di possibilità di sviluppare la malattia conclamata entro due anni. L'infezione aumenta inoltre di circa tre volte il rischio di aborto così come di diminuito sviluppo fetale e parto pretermine. La prova del contagio si ha comunque solo ricercando gli anticorpi specifici (IGM) ed il virus nel sangue del cordone ombelicale del neonato nei primi mesi di vita. È difficile valutare se la gravidanza costituisca di per sé una causa di diminuite difese immunitarie che predispongano allo sviluppo di complicanze infettive, sia nella gestante sana sia in quella sieropositiva. Vi sono in effetti pochi studi che analizzano l'effetto della gravidanza sulla storia naturale dell'infezione da HIV. Nel 1985 fu segnalato lo sviluppo di AIDS in un terzo delle gravide HIV sieropositive nei due anni e mezzo successivi al parto, suggerendo quindi un profondo effetto di accelerazione della malattia. Da allora un solo studio prospettico su 102 gestanti HIV-positive ha osservato una diminuzione più rapida dei linfociti CD4 in gravidanza rispetto a quanto osservato nei mesi successivi al parto nelle stesse pazienti. Questi due preoccupanti risultati sono però in contrasto con quelli di altri tre studi prospettici in cui la gravidanza è risultata ininfluente sulla progressione dell'immunodeficienza. In Italia non si è osservato una progressione della malattia, né una maggiore incidenza di patologie infettive rispetto a quanto normalmente atteso in più di mille gravidanze in donne HIV-positive registrate dallo Studio multicentrico della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, anche se dopo taglio cesareo le pazienti sieropositive hanno un maggior rischio di complicanze infettive. In uno studio su 172 gestanti effettuato nel 2003 analizzando le concentrazioni di linfociti CD4 rilevati in modo longitudinale non si osserva una loro diminuzione durante il periodo gestazionale e nei sei mesi successivi al parto. Non vi sono dati prospettici sull'incidenza di malattie infettive nelle gestanti HIV-positive, ma sono stati segnalati decessi per setticemia da *Listeria*, per polmonite da *Pneumocystis carinii* o per Tubercolosi. Vi sono patogeni materni che possono passare la placenta e contaminare il feto con conseguenze che sono in genere tanto più gravi, quanto più precoce è la settimana gestazionale in cui la madre contrae l'infezione. Per le infezioni del gruppo TORCH (Toxoplasmosi, Cytomegalovirus, Herpes) vi sono osservazioni che indicano tempi e modalità del coinvolgimento fetale, mentre per il virus HIV persistono delle incertezze sia sulla percentuale di feti infettati in utero, sia sul meccanismo utilizzato dal virus per superare la barriera placentare. La maggior parte delle gestanti HIV-positive sono infette fin da prima del concepimento ed il rischio di coinvolgimento embrio-fetale si estende su tutta la durata della gestazione. Nonostante la capacità del virus HIV di infettare la placenta sin dal primo trimestre non si osserva un aumento della percentuale di malformazioni, di aborti o di ritardo di crescita endouterina rispetto a quella delle gestanti sieronegative.

Segue a pagina 23

Nessuno dei numerosi studi pubblicati sugli esiti perinatali di donne HIV-positive ha mai segnalato una maggiore incidenza di malformazioni fetali e la segnalazione di una specifica sindrome malformativa da HIV non ha mai ricevuto conferma dai numerosi studi pubblicati sugli esiti perinatali delle pazienti HIV-positive. Inoltre anche gli esiti perinatali delle gestanti sieropositive risultano paragonabili a quelli della popolazione generale quando vengono escluse pazienti con tossicodipendenza attiva durante la gestazione. Curve di accrescimento intrauterino e peso alla nascita dei nati da madri HIV-positive non differiscono significativamente da quelli che si osservano in madri HIV-negative. Queste osservazioni suggeriscono che il virus non eserciti un effetto citopatico sul feto-placentare, oppure che l'infezione intrauterina avvenga in epoca tardiva quando il feto ha ormai raggiunto il suo completo sviluppo ponderale. Le gravidanze di donne HIV-positive dovrebbero essere seguite presso centri che abbiano la possibilità di eseguire controlli seriati del numero di CD4, dell'antigenemia p24 e il controllo della viremia materna con PCR quantitativa. Particolare attenzione è da riservare allo studio della situazione polmonare: è frequente nelle gravide HIV-positive un interessamento polmonare da parte di virus o parassiti, in particolare da *Pneumocystis carinii*. La malattia è particolarmente insidiosa in gravidanza con elevata mortalità, pertanto nelle gestanti sieropositive è necessario iniziare la terapia specifica anche sulla base del solo sospetto diagnostico. Sospetto clinico, diagnosi tempestiva, immediato inizio della terapia sono necessari per offrire qualche possibilità di sopravvivenza. È importante poi ricordare che l'infezione da HIV è associata ad una maggior prevalenza di infezioni cervicali da HPV, con un aumento di otto volte del rischio di sviluppare tumore cervicale uterino. La prevenzione delle forme invasive prevede un Pap test semestrale in tutte le donne HIV-positive eseguendo senza indugio colposcopia e biopsia di ogni lesione sospetta. Ragionevole, ma non di provata utilità, è la identificazione del genotipo HPV per mantenere controlli più serrati su pazienti con alto potenziale oncogeno (tipi 16, 18 e 33). Le pazienti sieropositive presentano elevata frequenza di infezioni genitali che devono essere indagate mediante tamponi specifici per *Neisseria g.*, *Chlamydia t.* e *Mycoplasma*. L'identificazione ed il trattamento riducono il rischio di parto prematuro, di rottura prematura delle membrane, di corioamniosite che aumentano il rischio di trasmissione verticale del virus HIV.

Il nostro addio a Robert Redford

Un grande artista-regista, ma soprattutto un Uomo Libero!



Robert Redford morto all'età di **89 anni**, e Fonda, sono una coppia di neosposini (Paul e Corie), che dopo aver trascorso sei giorni di luna di miele di grande passione, in una stanza dell'hotel Plaza, arrivano nella loro prima casa, un appartamento al quinto piano di un palazzo, del Greenwich Village, senza ascensore. E da qui, iniziano tutta una serie di vicissitudini, a causa di un vicino eccentrico, della madre di lei, e tante altre piccole cose che li metteranno a dura prova. Lui è serio, lei è appassionata. Entrambi, in quel film che ha fatto epoca, sono giovani e bellissimi. Il debutto nel mondo dello spettacolo per Redford è avvenuto nel 1959 a Broadway in "Tall Story". Con Pollack c'è anche Caccia di guerra (1961). Il cinema vero arriva finalmente nel 1965, con Natalie Wood ne Lo strano mondo di Daisy Clover che viene premiato con il Golden Globe.

La Redazione

"If you want peace, work for justice"
"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"

... in IL MONDO E' IN GUERRA



Associazione Internazionale di Apostolato Cattolico

La nostra speranza futura di Pace nel mondo è riposta nella costruzione della
Casa Mondiale della Cultura



Le Lacrime dei Poeti

Le lacrime dei poeti, come inchiostro scrivono tante pagine di amore, come colori dipingono quadri e come note compongono tante sinfonie.

Le lacrime dei poeti, prima di morire salgono in cielo per incontrare Dio, che benevolmente poi, come pioggia le rimanda per bagnare un mondo senza più speranza. Le lacrime dei poeti sono state sempre pioggia di stelle, che portano nel cuore i misteri della vita e il dolore dell'amore.

Le lacrime dei poeti un giorno, salveranno il mondo.

Gennaro Angelo Sguero

"Se vuoi la pace, lavora per la giustizia"