

Il virus marcia, altro che calo

«L e SIDA, c'est fini!» grida da Parigi il professor Jean Paul Escande, coordinatore del gruppo AIDS dell'ospedale francese Cochin-Port Royal. «Gli ammalati di AIDS — gli fa eco Giorgio Bocca dal settimanale *L'Espresso* — sono tremila, i morti poco più di cento (in realtà 1 725, ndr) e la diffusione che doveva essere esponenziale, è in calo». «A Milano, capitale dell'AIDS in Italia, l'impressionante escalation degli ultimi cinque anni, si è finalmente arrestata negli ultimi sei mesi», ribadisce, con l'autorità, ma forse non con la conoscenza, che gli compete, il sindaco del capoluogo lombardo, Paolo Pillitteri. Ma allora, viene da chiedersi, è davvero finita? L'AIDS è battuta, intrappolata? Si può finalmente tirare un sospiro di sollievo, e, perché no, anche stringere i cordoni della borsa?

Nel corso degli ultimi mesi, non appena le fonti ufficiali hanno diramato l'ultimo bollettino di guerra riguardante il numero dei casi al 31 marzo scorso, tutti i giornali italiani si sono precipitati a pubblicare curve e grafici riassuntivi, che mostrano nel 1989 una netta flessione nel numero di nuovi casi di malati di AIDS. *Tempo Medico*, a dire il vero un po' perplesso, per saperne

di più è fare una volta per tutte chiarezza, è andato a intervistare chi con i numeri ha più che una semplice confidenza. È il professor Donato Greco, direttore del Centro operativo AIDS dell'Istituto superiore di sanità di Roma, che dal 1987, insieme a una giovane e infaticabile équipe di 28 epidemiologi, raccoglie ed elabora i dati che riguardano la morbilità, la mortalità, la distribuzione regionale della nefasta sindrome.

«Lo abbiamo ripetuto tante volte, ma a quanto pare non è servito — esordisce Donato Greco, nel suo inconfondibile accento napoletano — I numeri ufficiali a una certa data, in Italia, come nel resto del mondo, non esprimono la quantità di AIDS già diagnosticata allo stesso periodo. Per esempio, al 31 marzo scorso sono stati notificati complessivamente 3 494 casi in tutto il Paese. Ma i dati relativi al primo trimestre del 1989 arrivati al registro nazionale AIDS rappresentano solo il 43 per cento di quelli realmente diagnosticati nello stesso trimestre. Il rimanente 57 per cento arriverà fra tre o sei mesi, o comunque entro due anni. Tanto infatti dura quello che si è soliti definire come ritardo di notifica uno dei principali fattori responsabili della finta flessione della curva che esprime l'andamento dell'epidemia nel Paese. Perché solo di un artefatto si tratta: la curva, purtroppo, non scende affatto, e neppure si appiattisce; continua, e continuerà a salire ancora per un bel po' di anni. In realtà, al 31 marzo scorso sono stati diagnosticati (rispettando pienamente le previsioni) almeno altri 1 000 casi di AIDS conclamata».

Il ritardo di notifica non è una prerogativa dell'Italia, e non è imputabile a una cattiva organizzazione dei centri di segnalazione e di raccolta; è un fattore, per così dire, fisiologico nel rilevamento delle epidemie. È comune a tutto il resto del mondo, con qualche piccola differenza nella durata: per esempio, negli Stati Uniti e in Francia è maggiore che in Italia, mentre è minore nei Paesi del nord Europa, come Gran Bretagna, Danimarca e Svezia. Anche se importante, il ritardo di notifica, non è l'unico fattore responsabile degli artefatti nelle curve di incidenza. Ne esiste almeno un altro, con peso uguale, se non

forse maggiore. «Si tratta — continua Greco — della sottotifica. Non tutti i casi di malattia, cioè, vengono riportati al centro di raccolta nazionale. L'AIDS è una sindrome strana, dai molteplici aspetti, e, in fondo, definita a tavolino. Non sempre viene riconosciuta. D'altronde, la sottotifica è un fenomeno comune anche a altre epidemie, certamente più facilmente riconoscibili. Basta pensare che solo il dieci per cento dei casi reali di morbillo viene segnalato ufficialmente dai pediatri. Uno studio recentemente condotto in Gran Bretagna ha dimostrato che esiste un numero considerevole di morti per AIDS che non è mai stato notificato. Anche in Italia attualmente è in corso uno studio simile: dai dati che ne emergeranno potremo finalmente quantificare con precisione e accuratezza l'errore di notifica, e valutare quanto incida sulle curve che finora abbiamo disegnato».

In pratica, dunque, esistono due curve: una reale in continua ascesa (che esprime l'andamento dell'epidemia in base al numero di casi già notificati, sommati a quelli che, prevedibilmente, lo saranno in ritardo), e una fittizia che, per le ragioni sovraesposte, mostra sempre una finta flessione negli ultimi mesi presi in considerazione.

Detto ciò, bisogna fare un ulteriore passo in avanti nell'analisi dei dati, e cercare di capire cosa significa in realtà quella linea

tracciata fra due assi cartesiani. Ha senso oggi parlare di una curva che scende, o che sale? O ancora: è possibile valutarne le modificazioni come effetto della campagne informative di prevenzione?

«Bisogna considerare ancora una volta — risponde Donato Greco — che l'AIDS è una malattia particolare: ha un tempo di incubazione molto



Donato Greco e il Centro operativo AIDS dell'Istituto superiore della sanità, a Roma.



più lungo delle infezioni virali che siamo abituati a studiare; si misura non in giorni, o settimane, ma addirittura in anni. Tra l'infezione e la comparsa della malattia, infatti, passano, in media, dagli 8,5 ai 10,5 anni. Per questo motivo, la curva che mostra l'incidenza di AIDS tra il 1984 e il 1989 ci sta raccontando una storia avvenuta tra il 1975 e il 1980. Come possiamo quindi pensare che i nostri interventi attuali siano in grado di modificare una curva che è stata decisa almeno dieci anni prima, in un momento in cui, cioè, non solo non esistevano le campagne preventive, ma addirittura nessuno aveva la minima idea che nel mondo sarebbe esplosa una sindrome chiamata AIDS. Le campagne preventive determineranno, se mai lo faranno, effetti visibili sulla curva dell'AIDS non prima della seconda metà degli anni novanta. È chiaro, però, che quando si dice che il tempo di incubazione dell'AIDS è compreso tra 8,5

e 10,5 anni, si sta parlando di una media: ci sono anche individui che si ammalano dopo 2-4 anni, e altri che lo fanno dopo 14. Compreso nella curva 84-89, quindi, c'è anche una piccola parte di individui che si è infettata nel quadriennio 83-87. In un periodo, cioè, in cui le modalità di trasmissione del virus erano già note, e in cui, anche se non esistevano ancora campagne ufficiali, gli omosessuali avevano capito, e diffuso con il loro tam-tam, che per ridurre il rischio di AIDS era necessario ridurre il numero dei partner sessuali. Ciò significa, che in alcuni Paesi, come la Gran Bretagna dove i casi sono per l'85 per cento rappresentati da omosessuali, non è scorretto pensare che la tendenza all'appiattimento della curva, che in effetti si registra, sia dovuto alle automisure che il mondo gay ha messo in atto, per proprio conto, fin dal 1985».

In Italia la situazione è decisamente differente, e diversi sono i gruppi a rischio più colpiti. Infatti sul territorio nazionale la principale via di trasmissione dell'HIV non è attraverso i rapporti sessuali, ma tramite lo scambio di siringhe infette tra tossicodipendenti. Perché l'Italia differisca da tutto il resto del mondo (fatta eccezione per la Spagna), non si sa. Proprio questa però è la ragione per cui l'epidemia di AIDS continua ad avanzare in Italia così velocemente.

«Il fatto è — continua l'epidemiologo romano — che la trasmissione per via ematica è estremamente più efficace di quella per via sessuale. Mediamente si ritiene che da noi il 45 per cento dei tossicodipendenti in circolazione sia sieropositivo, ospiti, cioè, il virus. Quindi, semplificando, una siringa usata ha una probabilità dal 50 per cento in giù di contenere virus efficace alla trasmissione. La via endovenosa, immettendo direttamente il microrganismo nel torrente ematico, è un eccellente metodo per trasmettere un'infezione. Per esempio, per ammalarsi di tifo è necessario ingurgitare in una sola volta almeno nove milioni di salmonelle vive; per via endovenosa, invece, ne bastano 200 000. Tanto più è efficace il modo di trasmissione, tanto maggiore sarà la velocità della curva epidemica. La curva nazionale, dunque, è molto veloce proprio perché ha una componente molto elevata rappresentata dai tossicodipendenti. Se infatti scomponiamo la curva per modalità di trasmissione, si può vedere che i casi omosessuali, pediatrici e quelli legati alle trasfusioni di sangue o derivati hanno una velocità di progressione relativamente bassa, che, anzi, per questi ultimi va addirittura arrestandosi. La velocità di progressione, invece, è altissima, e uguale, anche se su due scale diverse, per i due restanti gruppi: i tossicodipendenti e gli eterosessuali. È su questi due gruppi, dunque, che va concentrata l'attenzione delle campagne preventive».

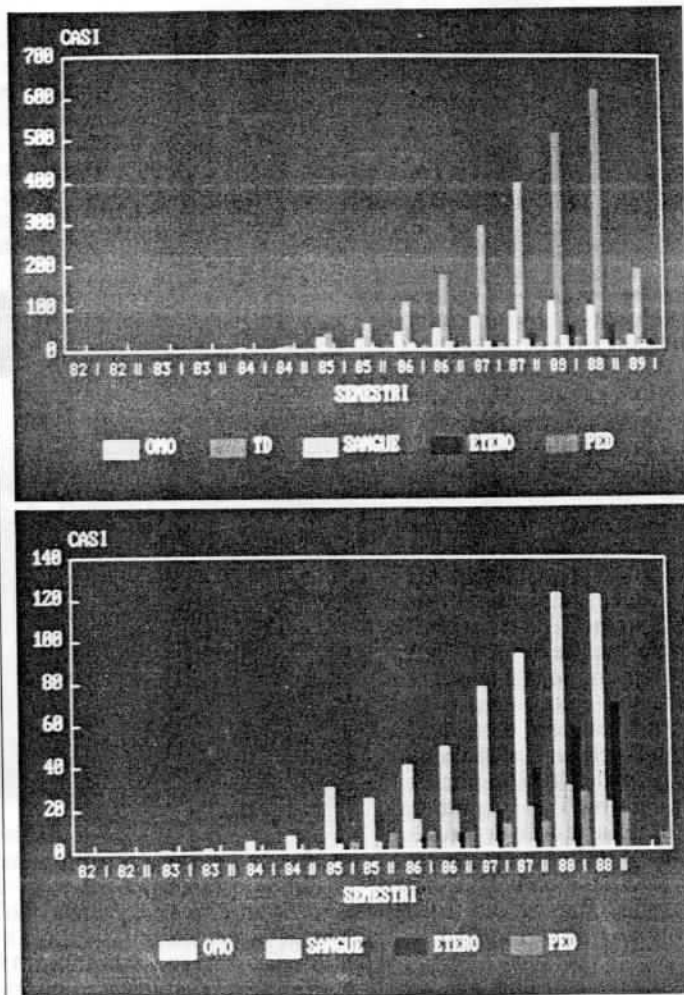
Per non creare falsi allarmismi, di cui spesso esponenti della ricerca italiana sembrano essere facile preda, va sottolineato che gli eterosessuali colpiti dall'AIDS sono, per la stragrande maggioranza dei casi, partner di tossicodipendenti, e in parte di emofiliaci. Fortunatamente, e al contrario delle più funeste previsioni fatte agli albori dell'epidemia, l'infezione non ancora straripato al di fuori dei gruppi cosiddetti a rischio.

La trasmissione dell'HIV in Italia, dunque, continua. Quello che cambia è solo la proporzione tra i gruppi di malati. Basta infatti dare uno sguardo alla tabella di pagina xx per rendersi conto che se diminuiscono i casi tra omosessuali, bambini e emofiliaci, aumentano per contro quelli fra tossicodipendenti.

«**M**a c'è di più — incalza Donato Greco — l'infezione nei tossicodipendenti in Italia è avvenuta successivamente all'introduzione del virus negli omosessuali (che lo hanno importato dagli Stati Uniti). Probabilmente negli anni ottanta, e non in quelli settanta. Ciò significa che nei prossimi sei o sette anni avremo in Italia l'esplosione dei casi di AIDS conclamata nei tossicodipendenti. Quindi, anche se la curva si appiattisse per effetto della sua componente omosessuale, resterebbe sempre, a trainarla verso l'alto, la forte e più consistente componente tossicodipendente. L'Italia deve rassegnarsi a pensare

che l'epidemia di AIDS sta facendo il suo corso, già stabilito negli anni passati, e che questo corso non è modificabile in termini, almeno, di nuovi casi di malattia conclamata fino al 93-95. È modificabile solo in termini di nuove infezioni. L'attenzione, dunque, andrebbe oggi spostata dalla curva AIDS, che non ci può più dire niente di nuovo, alla curva che disegna la prevalenza dell'infezione da HIV, la prevalenza, cioè, dei sieropositivi non ancora ammalati. È proprio su questo che stiamo lavorando in questi mesi. Esiste a livello nazionale una banca dati AIDS che contiene tutti i risultati dei test di screening fatti nel Paese. Attualmente comprende 2 734 086 soggetti, di cui la stragrande maggioranza donatori, ma che include anche 31 000 tossicodipendenti e 6 000 omosessuali. Quello che possiamo leggere da una prima analisi di questi dati è che la prevalenza di infezione da HIV è stabile (cioè non cresce, si è fermata) negli omosessuali, negli eterosessuali, nei bisessuali, nei bambini, negli emofiliaci e nei donatori. Nei tossicodipendenti, invece, la prevalenza diminuisce, ma la diminuzione è solo apparente».

È il caso di Milano, per esempio, dove Comune e organi di stampa si sono precipitati a segnalare che il numero dei sieropositivi nella popolazione tossicodipendente è calato dal 1986 al 1988, rispettivamente, dal 65 al 38 per cento.



In alto: i casi di AIDS segnalati in Italia fino al 31 marzo scorso, divisi per modalità di trasmissione. Vi è nell'ultimo semestre un falso calo, dovuto solo al ritardo di notifica. In basso: correggendo per il ritardo di notifica, ogni facile ottimismo scompare; i dati sono sempre relativi al 31 marzo. Mancano i tossicodipendenti, categoria per la quale la correzione per il ritardo di notifica non è ancora disponibile. Non vi è peraltro nessuna buona ragione per pensare che i tossicodipendenti siano penalizzati più degli altri da questo

Non è stato sufficientemente chiarito, però, che il dato si riferisce a gruppi diversi di tossicodipendenti, che in anni diversi si sono rivolti alle varie strutture sanitarie per eseguire il test volontariamente. La sieroprevalenza complessiva, ovviamente, non può calare; sfortunatamente, nessun portatore del virus è poi diventato sieronegativo (salvo casi rari e non tutti certissimi). Quello che succede è che si esaurisce la popolazione suscettibile a nuove infezioni. «I tossicodipendenti — continua Greco — sono una popolazione definita, di cui non sappiamo con esattezza le reali dimensioni, ma che è necessariamente definita. Inoltre, non è omogenea. Esiste un gradiente di tossicodipendenza: c'è chi si buca una volta alla settimana, e chi tre volte al giorno. L'AIDS ha immediatamente colpito quelli della parte alta del gradiente, cioè, i tossicodipendenti più incalliti. L'HIV ora può mietere vittime solo nella parte bassa del gradiente: dove la prevalenza dell'infezione risulta più bassa. Ci vuole però un notevole sforzo di fantasia per sostenere che questa minor prevalenza è effetto delle campagne preventive, quando invece è unicamente dovuta all'esaurimento di soggetti suscettibili. L'attuazione di misure preventive, statali o autonome, ha invece chiaramente avuto efficacia tra gli omosessuali e gli emofilici dove si registra una prevalenza stabile».

Se anche Milano deve rassegnarsi a veder aumentare i propri casi di AIDS, di una cosa può stare certa: d'ora in avanti non sarà più sola. I dati che vedevano la malattia concentrata tutta e solo nel capoluogo lombardo non sono più veri. Le altre città, non Roma, ma anche inaspettatamente Palermo e Cagliari, si stanno progressivamente riempiendo di nuovi casi. Se si considera regione per regione il tasso di incidenza (non quello cumulativo, che è un errore matematico, dato che per definizione si intende come incidenza il numero di nuovi casi di una patologia in un dato periodo di tempo), si vede che ora la Lombardia è tallonata dalla Liguria, dal Lazio e quindi dalla Sardegna. Non esistono più confini all'infezione. «La ragione — spiega Donato Greco — è che tra le varie regioni esiste solo un gap temporale. In pratica il sud e le isole sono stati aggrediti più tardivamente. Si è verificata per l'AIDS, come per altre epidemie (epatite, influenza, morbillo) una tipica ondata di diffusione nord-sud. Nelle varie regioni, poi, la velocità di propagazione dell'infezione dipende, ancora una volta, dalla percentuale presente di tossicodipendenti. L'epidemia cresce ovunque. E non si venga a

SEMESTRE		DI	DIAGNOSI	OM	TD	TDOM	EM	TR	CE	PED	FND	TOT
I	1982	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100
II	1982	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
I	1983	50	0	0	0	0	0	0	50	0	0	100
II	1983	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
I	1984	62.5	25	0	0	0	0	0	0	12.5	0	100
II	1984	35	50	0	0	5	0	0	0	10	0	100
I	1985	38.96	41.56	5.19	1.30	2.60	1.30	5.19	3.90			100
II	1985	24.27	52.43	7.77	1.94	1.94	1.94	7.77	1.94			100
I	1986	21.86	54.10	7.65	5.46	2.19	3.28	4.92	0.55			100
II	1986	18.39	63.98	2.30	4.60	2.30	3.07	3.07	2.30			100
I	1987	17.69	65.57	3.54	2.12	1.89	4.25	2.83	2.12			100
II	1987	15.41	67.43	1.75	1.58	1.75	6.48	2.10	3.50			100
I	1988	14.82	67.12	1.89	1.89	1.75	7.01	3.23	2.29			100
II	1988	11.89	71.11	2.62	1.07	1.07	6.78	1.66	3.80			100
I	1989	11.16	70.52	3.19	1.59	0.80	7.17	1.20	4.38			100
TOTALE		16.04	65.98	2.90	2.04	1.61	5.74	2.78	2.93			100

OM = Omosessualità CE = Contatto eterosessuale
 TD = Tossicodipendenza PED = Figlio madre TD +
 OM+TD = Omosess./Toss. Figlio madre cont. eter.+
 EM = Emofilia Figlio madre fattore n.d.
 TR = Trasfusioni FND = Non determinato

La tabella, elaborata dal professor Donato Greco, mostra la distribuzione percentuale dei casi di AIDS, per trasmissione e semestre di diagnosi, segnalati in Italia al 31 marzo 1989. Sotto, il numero di telefono «verde», per chiedere informazioni al Centro.

dire, come è stato fatto, che si è passati da una crescita esponenziale a una cubica. Questi termini rappresentano solo il frutto di esercitazioni matematiche, che non hanno il taglio dell'informazione rivolta al pubblico, e che quindi hanno creato solo confusione. Si tratta, in parole semplici, di polinomi che da sempre gli epidemiologi cercano di "sposare" a una serie di dati, per cercare di disegnarne l'andamento. Nel caso dell'AIDS, la Commissione nazionale ha ritenuto che il modello di crescita cubica meglio si adattasse all'attuale progressione della curva AIDS. Tutto qui. Non c'è stato nessun passaggio da esponenziale a cubica. Purtroppo, il tempo di raddoppio nei casi in Italia resta di 11 mesi».

Nessun sospiro di sollievo, dunque, si può tirare. E, tantomeno, nessuna borsa a cui stringere i cordoni.

«Per carità — conclude Greco — ci mancherebbe solo che i politici, sotto l'entusiasmo di queste false informazioni, decidessero di tagliare quei pochi fondi per cui tanto ci siamo battuti negli ultimi anni. Proprio adesso che qualche soldo comincia ad arrivare. Se non potenziamo oggi le strutture sanitarie, dove metteremo, fra qualche anno, le centinaia di migliaia di malati di AIDS che inevitabilmente avremo nel nostro Paese? Nelle stazioni della metropolitana, forse?»

NUMERO VERDE AIDS
 Istituto Superiore di Sanità



1678-61061
 Se avete dei dubbi, anche piccoli,
TELEFONATE!
 ...basta un gettone!

CENTRO OPERATIVO AIDS