

HIV-FAQ

Versione 2, aggiornata al 09-07-2005.

FAQ (Frequently Asked Questions, tradotto più o meno come "Domande Fatte più Frequentemente") sull'HIV, tratte dal forum lilachat (<http://www.lilachat.it/>), forum di discussione sulle problematiche legate all'AIDS della "lila" (<http://www.lila.it/>), una delle più importanti associazioni italiane per la lotta all'AIDS.

Le domande sono a cura dell'utente Futuro, dell'utente Ric67 e del sottoscritto, risposte a cura dell'utente Miki.

Questo forum è una cosiddetta comunità di autoaiuto, al momento non ci sono medici a disposizione, ma le risposte vengono date da persone sieropositive e non che prestano la propria opera senza fini di lucro al solo fine di migliorare l'informazione su questa infezione, a oggi ancora carente e distorta, oltre che fornire un valido supporto psicologico e di scambio di esperienze personali sia alle persone che si trovano ad affrontare la sieropositività e sia alle persone che si trovano ad affrontare anche solo il test, magari avendo dei motivi per pensare di essere sieropositivi e una conseguente forte pressione psicologica, spesso però data proprio dall'informazione non corretta e farcita di esagerazioni e leggende metropolitane sull'argomento.

Io ho vissuto quest'ultima situazione, e devo proprio al chiarimento dato da molti siti Internet, ma in particolare da questa comunità, se il mio confronto con il test è stato notevolmente più sereno, e anche risultando negativo, mi sono ripromesso di collaborare per la diffusione di un'informazione più corretta sull'HIV.

Un ringraziamento anche al mio dottore R.B., che mi ha fornito delle corrette informazioni su questa infezione dandomi così l'input per approfondire poi le stesse informazioni tramite quel potente mezzo di informazione che è Internet.

Un'ultima nota, queste FAQ sono state pubblicate anche su altri siti per la loro chiarezza e immediatezza nella comprensione.

A titolo personale voglio infine ringraziare tutti gli utenti di lilachat per la loro opera e la loro umanità, ed esprimere la mia totale solidarietà a chi ha contratto questa malattia, con gli auguri che al più presto si trovi finalmente una cura definitiva.

Gigi

FAQ

Sezione PREVENZIONE

1) Prevenzione: sesso sicuro significa un qualunque rapporto in cui il preservativo viene utilizzato dall'inizio alla fine? L'unica alternativa valida è dunque l'astinenza?

R) La piu' sicura, si, l'astinenza. Subito dopo, c'e' il rapporto col

preservativo, indossato correttamente dall'inizio alla fine. A pari merito con la fedeltà di coppia e lo screening generale delle MTS, PRIMA di decidere di avere rapporti eventualmente scoperti (per una gravidanza ad esempio).

2) Ci sono categorie PIU' a RISCHIO di altre? Tossicodipendenti, omosessuali, prostitute, infermieri, medici...???

R) No. Ci sono invece **COMPORAMENTI** a rischio.

3) Contagio 1: è vero che basta (a priori) un contatto (anche senza contatto con liquidi infetti come sangue sperma e secrezioni vaginali) tra due mucose (pene, ano, vagina, bocca) perché il rischio **NON** sia **NULLO** (purché uno dei due partner sia sieropositivo)? (confesso che il contatto vagina-ano lo vedo un po' difficile!)

R) Difficile rispondere... E' **LO SFREGAMENTO** delle mucose, che crea la situazione "a rischio". Non mi pare aver mai letto che basta "toccarsi velocemente e fuggire" per indurre un contagio da hiv.

4) Contagio 2: è vero che, nei casi citati nella domanda 2, se **NON** c'è un contatto tra una mucosa e un'**ABBONDANTE** quantità di liquido **INFETTO** il rischio è **BASSO**? La presenza di saliva in bocca fa sì che il rapporto orale sia a rischio **MOLTO BASSO** per chi mette la bocca e **IRRISORIO** per chi mette il pene? Se **SI**, il motivo è: la saliva è un liquido e in quanto tale isola o contiene anticorpi o entrambi?

R) Il contagio avviene attraverso lo sfregamento di mucose, oppure con quantità copiose di **LIQUIDI INFETTI** (in primis il sangue) e mucose. La bocca fa eccezione. Innanzitutto è una mucosa **SATURA** di un altro liquido. Questo diminuisce la permeabilità ad un ulteriore liquido (sperma, sangue), diminuendo di conseguenza la possibilità di contagio, seppur permane ed esiste. Nella saliva vi sono enzimi che hanno la capacità di sminuzzare i virus. In circa 30 minuti inattivano anche il virus HIV. Comunque sia, la saliva che concorre alla trasmissione significa inserire un altro liquido in quello infetto. Cioè significa rendere meno "diretto" il contatto. "Diluendo" la sostanza portatrice di virioni attivi.

5) Contagio 3: un contatto tra liquido **INFETTO** e pelle che non sia mucosa (ad esempio mano-sperma, mano-sangue, ventre-sperma) è da considerarsi indiretto e quindi **NON** a rischio? Neanche se ci sono piccole abrasioni sulla superficie a contatto con il liquido come foruncoli o crosticine?

R) E' un contatto **DIRETTO**, ma non significativo: infatti la **PELLE INTEGRA** è la barriera più potente che ha l'organismo come difesa da virus e batteri. Eventuali **TAGLI** a **ABRASIONI** devono essere consistenti e aperti. Non concorrono a contagio, pellicine sollevate, crosticine secche, foruncoli. La ferita deve essere **APERTA**, il virus **DEVE** essere inoculato ed entrare nel torrente circolatorio, altrimenti è "fuori".

Sezione TEST HIV

(vedere anche la sezione sulla SIEROCONVERSIONE)

6) Per determinati motivi o per mia prevenzione ho deciso di fare il test dell'HIV, cosa devo fare? Quanto costa fare questo test?

R) Ci sono due strade. La prima, conforme alle regole usuali dell'ASL, ci si reca dal proprio medico curante, si richiede una impegnativa per eseguire il test hiv. Lo si prenota in qualsiasi azienda sanitaria ospedaliera, si paga il ticket. E' un prelievo come tanti altri. Costa il prezzo del ticket. In alternativa, ci si può recare nei centri ospedalieri dove presenti il reparto di malattie infettive e richiedere di eseguire un test hiv, gratuito e

in pieno anonimato (alcuni centri da poco non consentono piu' l'anonimato totale).

7) Quanto tempo passa mediamente dal prelievo di sangue a quando posso ritirare il risultato del test?

R) Dipende da dove si esegue il test. In generale, dai 3 ai 7 giorni.

8) Periodo finestra. Ho sentito che c'è un periodo di tempo, detto "periodo finestra", entro il quale il test potrebbe NON rilevare la presenza di anticorpi anti-HIV, e pertanto risultare negativo, anche se il contagio c'è stato, quanto devo aspettare dall'ultima situazione a sospetto rischio che ho avuto per poter dire di essere fuori da questo "periodo finestra"? Questo tempo di attesa si è accorciato con i test di ultima generazione?

NDR: questa domanda è stata posta perchè sino a un po di tempo fa si riteneva il periodo finestra di 6 mesi, però con l'ultima generazione dei test molti ritengono con la massima affidabilità questo periodo finestra ridotto a 3 mesi. Riguardo a questo si può vedere quanto riportato anche da un'altra importante associazione italiana per la lotta all'AIDS, "helpaids"

(<http://www.helpaids.it/>), nella pagina che spiega la loro posizione (<http://www.helpaids.it/periodofinestra.php>).

Lo stesso Ministero della Salute (<http://www.ministerosalute.it/>), seguendo le informazioni nelle pagine i cui link sono riportati nella pagina dedicata all'AIDS (<http://www.ministerosalute.it/aids/aids.jsp>), parla di un periodo finestra di "3-6 mesi".

R) Si raccomanda un test a 1 mese e uno a 3 mesi dall'esposizione.

Il periodo finestra e' gia' stato accorciato. Grazie ai test di quarta generazione (combinati, con antigene P24) e' possibile rilevare alcuni anticorpi specifici diretti contro la p24, che e' una parte del virus.

In alternativa, si puo' chiedere di eseguire un test HIV RNA, che cerca direttamente frammenti virali nel sangue. E' un test che si paga, ha un prezzo piuttosto elevato rispetto al classico test anticorpale del periodo finestra. Da' un risultato CERTO solo se NEGATIVO dal quindicesimo giorno in avanti. Mentre se fornisce un risultato positivo va comunque confermato con i test anticorpali Elisa e (successivo, in caso di positività di Elisa) Western Blot.

9) I test che vengono fatti in Italia sono già tutti di ultima generazione?

R) Domanda da un milione di dollari?! Se l'ISS e le linee italiane raccomandano ancora il test a 6 mesi, evidentemente forse non ne sono del tutto sicuri anche loro... o no? E comunque, non e' cosi semplice andare a controllarli TUTTI in TUTTI gli ospedali, che ne dici???

Si taglia la testa al toro, rivolgendo domanda specifica direttamente al centro prelievi (o meglio, al laboratorio analisi annesso) di dove ci si reca a fare il test. Loro sicuramente conoscono i loro kit.

10) Ho sentito parlare del "test ELISA" (vedere anche risposte sopra), questo è il nome del primo test? Se si, i test che vengono fatti sono tutti ELISA?

R) Il primo test di screening si chiama test anticorpale, eseguito con metodologia ELISA (immunoenzimatica) o EIA, identico. La positività di questo, va confermata con un altro test piu' accurato che verifica altre positività, ad altre parti del virus, e si chiama Western Blot.

11) Il primo test quanto è affidabile? Ho sentito che se questo risulta positivo devo sottopormi ad un'altro test di conferma, mi sembra che si chiami "Western Blot", è vero? E se si, posso farlo subito dopo il test ELISA o devo aspettare del tempo?

R) Sia Elisa che Western Blot sono affidabili oltre il 98%. La procedura prevede

che il test di prima linea per lo screening sia SOLTANTO ELISA.
Se risulta negativo a tempo debito (periodo finestra) finisce lì. Altrimenti, si riesegue l'ELISA e anche il Western Blot, sotto prescrizione del centro a cui ci si è rivolti. È procedura interna, quindi e non a carico dell'utente.
Infine, viene comunque eseguita anche la stima della carica virale (quantità di virus per millilitro di sangue) che riconferma nuovamente la positività, nonché il conteggio di cellule linfocitarie T Helper e tipizzazione relativa (CD4, CD8, ecc).

Sezione SIEROPOSITIVITA' E SIEROCONVERSIONE

12) Sieropositività e Aids (a me l'ha già spiegato Quico [NDR: "Quico", a cui si riferisce l'utente Futuro in questa domanda è un altro utente del forum]): qual'è la differenza tra sieropositivo e malato di Aids? Qual'è il confine tra le due condizioni?

R) Sieropositivo è l'individuo che ha contratto l'infezione da HIV. Può essere in ottima salute anche per anni. AIDS è l'insieme di una o più patologie che possono svilupparsi nel soggetto sieropositivo, in determinate condizioni. Ad esempio, dopo il deterioramento del sistema immunitario, se non effettua i controlli periodici e non assume un'eventuale terapia proposta dal medico infettivologo che lo segue. Il confine? Ce ne sono molti. La definizione classica dice "AIDS conclamato quando si manifesta una delle patologie HIV correlate, in concomitanza con un livello particolarmente basso di difese immunitarie".

13) Cosa significa sieroconversione?

R) È il momento in cui l'organismo produce anticorpi specifici diretti contro il virus HIV. Da questo momento il test HIV Elisa per ricerca anticorpale risulta positivo.

14) Quali sono dunque i sintomi da sieroconversione? Quanto durano, con che intensità e che probabilità si hanno di averli dopo un'infezione?

R) Come ogni infezione virale, la durata dei sintomi è di circa 4-8 giorni, possono verificarsi nel 75% dei casi e in modo "non trascurabile". In genere dalle 2 alle 6 settimane dal momento dell'esposizione. Febbre molto alta (38-39), rash cutanei (in tutto il corpo, simil-morbillo), possibile gastroenterite violenta, faringite. Ripeto, non passano inosservati (scartare il "puntino rosso qua e là", scartare la linguetta a patatina, la febbriattolina a 37.5 ecc ecc)

15) Non avere sintomi di sieroconversione significa essere più resistenti, in futuro, agli effetti del virus Hiv?

R) No. Alcuni studi recenti dimostrerebbero invece la situazione opposta...

16) Gli anticorpi che si sviluppano nel momento della sieroconversione hanno un nome? La loro concentrazione nel sangue ha qualche effetto sulla salute?

R) Che nome dovrebbero avere? Se non "anticorpi specifici anti HIV"? Se invece intendi nello specifico, allora se ne possono classificare MOLTISSIMI, un tipo per ogni parte strutturale del virus... Dunque si hanno ad esempio anticorpi anti P24, anticorpi anti GP41, anti GP120, ecc. ecc. L'organismo umano produce anticorpi specifici diretti contro QUALSIASI CORPO ESTRANEO, DI QUALSIASI NATURA SIA (vedi ad esempio allergia e allergeni...). Dunque HIV essendo composto da DIVERSE parti, è naturale che gli anticorpi (genericamente chiamati ANTI HIV) siano in realtà di diverso tipo, che "nella mischia" sono quelli contro HIV, ma nello specifico, mirano a distruggere le singole parti che compongono hiv stesso...

La concentrazione... Logicamente, piu' sono, maggiore e piu' mirato e' il loro effetto. Infatti, proprio durante la sierconversione si ottiene l'abbassamento graduale della carica virale (piu' anticorpi sono in produzione, piu' la carica si abbassa)... un po' come in guerra...

17) Cosa significa Hiv1 e Hiv2? Quali sono i rischi di una seconda infezione? Come cambia la cura dopo una seconda infezione?

R) 1 e 2 sono due virus diversi. E hanno diversa prognosi. E diversa evoluzione. 1 e' il tipo maggiormente diffuso in Europa (e America), mentre 2 e' il tipo Africano. Piu' virulento ma meno aggressivo, pare conduca piu' lentamente alla fase di malattia. Il discorso "seconda infezione" purtroppo e' possibile anche con lo stesso tipo (1 o 2) di virus hiv. Infatti, ognuno di questi tipi ha anche dei propri sottotipi, che possono infettare anche lo stesso organismo.

Sezione CURE

18) Cure 1: esiste una cura che permetta, nei giorni immediatamente successivi al possibile contagio, di NON essere contagiati anche se il virus è già nel corpo? Se SI, dopo quanto tempo (al max) dal rapporto a rischio bisogna intervenire? In cosa consiste questa terapia? E' efficace?

R) Esiste la PROFILASSI POST ESPOSIZIONE, che va praticata in un tempo massimo di 72 ore dall'esposizione (e comunque prima e', meglio e'), recandosi in qualsiasi PRONTO SOCCORSO (DEA) degli ospedali. Consiste in un regime antiretrovirale "a scelta dal medico", in valutazione di criteri particolari. La probabilita' di riuscita e' tendente la certezza (oltre 80%, ad oggi), se praticata correttamente e nel tempo stabilito. Il virus va colpito PRIMA che riesca a integrarsi al genoma cellulare ospite (da studi piu' recenti, "prima che giunga al Timo").

19) Cure 2: esistono attualmente cure che permettono ad un sieropositivo di NON ammalarsi MAI di Aids? Si può dare una cifra significativa del numero di pastiglie per giorno (in media)?

R) Non esiste ad oggi la cura definitiva. Esistono terapie che rallentano la progressione della malattia. Il tempo "in buona salute" pare sia stimato all'incirca ai 40 anni, dall'inizio delle terapie (da ultimi studi recenti americani). Ma non credo si possa stimare un tempo, visto che le variabili in gioco sono molte e ogni anno escono farmaci nuovi con caratteristiche sempre piu' mirate. Teoricamente si e' assistito a un fenomeno insperato, che ha sfalsato tempi e modalita' e ha MODIFICATO RADICALMENTE il decorso dell'infezione: infatti, oggi e' sempre maggiore il numero di persone che si ritrova in AIDS CONCLAMATO e grazie ai farmaci retrocede allo stato di ASINTOMATICO. "Se tanto mi da tanto...". Le terapie piu' nuove consentono un regime di 1-2 pastiglie al giorno. La media e' sempre di 3-4 comunque.

20) Cure 3: quanto costano le cure? Sono tutte a carico del malato o ci sono (in che misura?) agevolazioni statali?

R) In Italia c'e' il sistema sanitario che copre le spese terapeutiche nella totalita'. Il soggetto sieropositivo puo' quindi accedere alle costose terapie gratuitamente.

21) Cure 4: queste (o altre) cure permettono ad un malato di Aids di regredire allo stato di sieropositivo? Sempre?

R) Sempre. In oltre l'80% dei casi. Il restante 20% e' composto da soggetti scoperti sieropositivi perche' in AIDS conclamato, nella quale si riscontra il

sistema immunitario praticamente azzerato. In questi casi e' assai difficile ottenere una regressione della malattia, a meno di attenersi scrupolosamente alle terapie (spesso complicate e pesanti) iniziali. Concorre al 20% anche un gruppo di persone sieropositive diventate resistenti a tutti i farmaci oggi presenti (anche perche' hanno iniziato molti anni indietro a curarsi in maniera differente da oggi - monoterapia - e questo ha portato all'insorgenza di resistenze a farmaci)

NDR: la risposta data alla FAQ 21 è un motivo più che valido per fare il test, nel caso di sieropositività si garantisce a se stessi un'altissima probabilità di sopravvivere sino alla vecchiaia (e perciò come qualsiasi altra persona, anche se con alcune attenzioni in più, vedere anche l'aspettativa di vita citata nella risposta alla FAQ 19), e con la speranza che in un futuro prossimo venga scoperta una cura che debelli definitivamente questa infezione.

22) Cure 5: esiste un VACCINO? Se NO, esisterà presto? Qual'è la differenza tra vaccino per sieropositivi e vaccino per tutti?

R) Moltissimi sono i vaccini oggi in studio (circa 35). Due tipologie: quello CURATIVO (per il soggetto sieropositivo) e quello PREVENTIVO (per il soggetto sieronegativo). Alcuni vaccini "combinano" le azioni, altri no, sono più specifici. Come il REMUNE, già presente oggi e utilizzato in combinazione ad alcune terapie antiretrovirali.

23) A tutt'oggi si può (grazie a cure o per cause naturali) GUARIRE definitivamente ossia regredire allo stadio di sieronegativo? Se NO: Almodovar in "parla con lei" è dunque un conta palle?

R) L'unico momento ad oggi in cui il test hiv anticorpale ELISA può tornare negativo, e' allo stadio terminale della malattia, quando il sistema immunitario e' talmente indebolito da non riuscire più a produrre nemmeno anticorpi.

Sezione HIV E MATERNITA'/PATERNITA'

24) Ci sono tecniche specifiche che permettano ad una coppia uomo-donna in cui (almeno) uno dei due sia sieropositivo di avere figli sieronegativi?

R) Oggi si può. Il lavaggio dello sperma, nel caso sia l'uomo sieropositivo (il virus NON sta negli spermatozoi, ma e' presente nel liquido che li accompagna). Zidovudina o Nevirapina alla donna sieropositiva al momento del parto. Questo riduce DRASTICAMENTE la possibilità di contagio del feto.

25) **NDR:** questa domanda non è stata posta, ma è stata comunque aggiunta questa FAQ da Miki per chiarire la situazione della trasmissione madre-figlio dell'HIV.

R) Aggiungo, quando si parla di NEGATIVIZZAZIONE del neonato, da HIV, non si parla di SCOMPARSA del VIRUS, ma SCOMPARSA DEGLI ANTICORPI del virus. Cioè, l'organismo, non rilevando il virus, non stimola alcuna produzione anticorpale. Quelli che invece erano presenti, sono dati dal sangue della madre, prima del parto.

26) Una donna sieropositiva che partorisce sotto controllo medico e quindi con tutti gli accorgimenti del caso, può allattare? A logica direi di no, ma qualcuno me lo può dire con certezza?

R) No. L'allattamento e' sempre sconsigliato, in qualsiasi patologia infettiva. HIV compreso. Seppur in Africa sia attualmente in fase III di sperimentazione un vaccino specifico per i neonati, per proteggerli durante la fase di allattamento.

Sezione ESSERE SIEROPOSITIVI

27) Cosa significano "cd4" e "viremia"? Quali sono le soglie sotto (risp. sopra) le quali è consigliabile cominciare una terapia?

R) La viremia e' una stima delle copie virali presenti in un millilitro di sangue di un individuo. Viene misurata attraverso la tecnica della amplificazione del genoma virale (PCR - reazione a catena della polimerasi). E' una tecnica utilizzata ormai da ANNI in tutte le patologie virali, che riscontra successo anche nel monitoraggio di epatite C e B cronica, herpes, e qualsiasi patologia, virale, appunto. Nonostante per HIV si siano sviluppati dei gruppi di persone "dissidenti" che chissa' per quale ragione sostengono che "con hiv" la PCR non avrebbe senso (chissa' perche' invece con le altre si???). Con CD4+ si individua una particolare popolazione linfocitaria, particolarmente colpita e presa di mira dal virus HIV. Dunque, stimando la quantita' per millilitro di sangue, di queste cellule, si puo' avere un quadro generale dello stato di salute di un individuo sieropositivo, nei confronti del virus HIV. Le linee guida che consigliano l'inizio di una terapia si modificano continuamente, perche' e' in continua evoluzione il perfezionamento della terapia stessa. Personalmente, e non e' un parere medico, se potessi decidere di me stesso e fossi in questa situazione, non attenderei di scendere troppo sotto i 300 cd4. (Sono favorevole all'inizio precoce, in modo da poter eventualmente sospendere prima, in futuro...).

28) E' giusto dire che la resistenza ai farmaci diventa molto probabile in caso di non aderenza (scarsa regolarità nelle somministrazioni) alla terapia e/o di superinfezione, cioè quando una persona già sieropositiva si infetta nuovamente con un ceppo diverso di virus?

R) Certamente. La "non aderenza alla terapia" e' la ragione PRINCIPALE dello sviluppo delle resistenze. Perche'? Semplice: perche' il virus puo' PRODURRE ceppi resistenti SOLO DURANTE LA SUA REPLICAZIONE! Un virus gia' esistente, NON e' in grado di mutare il proprio corredo genetico durante la sua vita!! (E' una legge naturale, valida per ogni creatura sulla Terra, per fortuna, HIV compreso!). Puo' invece mutare durante la replicazione, grazie agli errori della trascrittasi, durante la trascrizione dell'RNA in DNA provirale... Dunque, per logica, sopprimendo la replicazione, cioe', NON permettendogli di replicarsi, gli si impedisce anche potenziali e dannose produzioni di ceppi resistenti. I "superceppi" in effetti hanno caratteristiche di piu' ceppi, contemporaneamente. Dunque e' logica conseguenza abbiano anche pro e contro. Resistenze comprese, ma anche punti di vulnerabilita'. Altra legge in Natura (HIV NON E' ESCLUSO per fortuna), NON esiste la SUPERCREATURA! A evoluzioni naturali di resistenza in un campo COINCIDONO caratteristiche DIFETTIVE in altri! Ad esempio, la giraffa, ha il collo LUNGO (caratteristica a lei propedeutica) ma ha evidentemente perso altre caratteristiche che potenzialmente poteva avere PRIMA di questo mutamento. E' l'equilibrio naturale, se cosi non fosse, sopravviverebbe SOLO l'elemento piu' potente, facendo soccombere TUTTE le altre forme di vita. Infatti e' stato riscontrato (San Francisco? Non ricordo) un particolare virus, multiresistente, che aveva sviluppato ottima resistenza a tutti i farmaci, perdendo pero' la sua caratteristica di infettivita'. Virus in grado di replicarsi, ma non di infettare. E' un altro passo in avanti!!!

NDR: per spiegare meglio questa FAQ, il principio della "non aderenza (scarsa regolarità nelle somministrazioni) alla terapia" e quanto spiegato da Miki sulla replicazione dei virus si può raffrontare con quanto succede a volte con gli antibiotici per le malattie causate da infezioni batteriche, dove il paziente,

vedendo la scomparsa dei sintomi, interrompe il ciclo di cura prescritto del medico, spesso pensando che riducendo la quantità di farmaci il più possibile si faccia del bene al proprio organismo, cosa a volte vera, ma... non in questo caso!

In realtà i batteri causa della malattia si sono ridotti (ed è per questo che non ci sono più sintomi), ma non sono spariti del tutto, così l'effetto che si ottiene è una mutazione dei batteri restanti, che mutano come i virus durante la loro replicazione sviluppando una resistenza all'antibiotico stesso.

Spesso infatti questi batteri ricominciano a replicarsi, i sintomi ricompaiono, però con l'antibiotico di prima non si ottiene più alcun effetto, così il medico dovrà prescrivere un'altro antibiotico, sperando che il paziente non rifaccia lo stesso errore...

La cosa applicata su larga scala produce "superceppi", potenzia gli effetti dannosi di questi microrganismi e fa spendere molte più risorse in termini di ricerca medica.

Sezione HIV E ALTRE MALATTIE

29) Quali sono le complicazioni se l'Hiv è accompagnato da hcv (epatite C), sifilide o amenità varie? (a proposito: esiste cura definitiva per queste malattie?)

R) La coinfezione dipende dalla natura della seconda patologia. Quelle curabili definitivamente si risolvono. Per le altre, sono da monitorare costantemente (ad esempio hcv) esattamente come si fa con hiv. (Per epatite C si sta lavorando al vaccino, tanto quanto hiv. La sifilide è curabile da anni)