

INFEZIONI E REINFEZIONI Quante? Non si sa!

Da qualche anno sta emergendo una nuova ondata di *infezioni* di Epatite C tra le persone MSM (Maschi che fanno Sesso con Maschi) con HIV e, più recentemente, anche senza HIV. Al momento sembra prematuro parlare di *epidemia*, anche se alcuni osservatori già utilizzano questo termine. Il fenomeno pare più presente nel nord Europa: recenti dati presentati a Barcellona durante il Congresso Internazionale sul Fegato (si veda il report della conferenza, in questo numero di Delta) indicano un *tasso di seconda reinfezione da HCV del 24,6%*.

È esperienza di molti operatori del settore HIV, medici e associazioni di pazienti in particolare, avere a che fare, anche nel nostro paese, con casi aneddotici. Pur andando contro i tradizionali dogmi dell'epidemiologia, che richiedono dati solidi per parlare di *epidemia emergente*, il fenomeno pare in crescita e, in conseguenza, occorre metterlo all'ordine del giorno tra gli aspetti di cui infettivologi, epidemiologi e le associazioni devono occuparsi.

Iniziare a comprendere il fenomeno, fotografarlo, capire i comportamenti degli italiani che portano a tale situazione, i quali possono differire o meno da quelli di altri paesi, è base imprescindibile e etica del "nostro" lavoro.

Auspichiamo che le Istituzioni si organizzino per fornire le risposte adeguate e indispensabili affinché non si ometta il controllo di un fenomeno che, in prospettiva, potrebbe diventare esplosivo. Ricordiamo a tale proposito che l'Italia è già in ritardo nell'applicare le raccomandazioni di accesso alla terapia emanate dallo stesso Ministero della Salute per le persone coinfette con HIV e con altre patologie considerate prioritarie.

L'AIFA ci ha informato che, dal novembre 2014 fino allo scorso febbraio, erano state curate con i farmaci innovativi per l'HCV solo 3000 persone delle circa 25000 coinfette.



 **EASL** | 2016
The Home of Hepatology
BARCELONA 13-17 APRILE, SPAGNA

2 BREVI

4 DISTURBI NEUROCOGNITIVI

6 RIMEDI NATURALI

7 AUMENTO DELLA CIRCONFERENZA VITA

8 EASL 2016

10 OLTRE LE SBARRE DELLE
DIPENDENZE

12 DROGA: TRA LA LEGGE E IL DESIDERIO

14 DI ARTE E DI PARTE

16 EUROPA: L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ

18 NOVITÀ SUGLI INIBITORI
DELLA PROTEASI

BREVI

FILIPPO VON SCHLÖSSER

PATOLOGIA

CALCIO E TAC CARDIACA

Il calcio nelle arterie coronarie, pronostico di malattia cardiaca, è più frequente nelle persone di mezza età con HIV che nella popolazione generale. Uno studio multicentrico osservazionale su 825 persone (541 HIV+ e 284 HIV-) ha rilevato, con l'uso di TAC cardiaca, che circa un terzo delle persone in studio aveva al basale calcio nelle coronarie, ma nei 5 anni seguenti le persone con HIV ne hanno sviluppato una quantità maggiore (21% vs 16%). I fumatori avevano un rischio maggiore di aumento del calcio dell'80%. È emerso anche che chi smette di fumare non ha maggior rischio di sviluppare di calcio alle coronarie rispetto a coloro che non hanno mai fumato. Pertanto, i ricercatori hanno

riscontrato che chi continua a fumare ha più che raddoppiato il rischio di malattia coronarica. Ulteriore fattore di rischio è quello della resistenza insulinica che aumenta il glucosio nel sangue. I ricercatori hanno rilevato 3 aspetti che includono:

- condizioni che possono essere modificate (ipertensione, colesterolo alto, diabete);
- comportamenti che possono essere modificati (fumo, dieta, obesità, inattività fisica, alcool);
- fattori che non possono essere modificati (età e familiarità).

È urgente che le persone con HIV mettano in atto gli aspetti modificabili con l'aiuto di tutti i mezzi che la scienza offre: farmaci, corsi/strategie per smettere di fumare e/o di bere, programmi di nutrizione e attività fisica.

*Kingsley et al., AIDS 2015; 29:2427-2434
Islam F M et al, HIV MED. 2012; 13:453-468*

The Center for AIDS Information and Advocacy, Feb. 2016

HIV, GERIATRI E MEDICI DI FAMIGLIA

Sopravvivere implica affrontare nuovi aspetti fisiologici. Lo studio francese Dat'AIDS ha osservato oltre 13.000 persone con HIV dividendole in 2 gruppi: 12.700 adulti tra 50 – 75 anni di età (gruppo 1) e 654 persone oltre i 75 anni di età (gruppo 2). Il 75% erano uomini ed il 25% donne.

Quasi tutte le patologie riscontrate dallo studio (diabete, ipertensione, malattia cardiovascolare, malattia cerebrovascolare, cancro, disfunzione renale e depressione) erano presenti nel gruppo 2 in una percentuale pari al doppio. L'unico dato simile era quello sulla depressione, presente in ambedue i gruppi nella stessa percentuale. Appare evidente che le persone

di oltre 66 anni hanno maggiore possibilità di avere patologie collegate all'età che riguardano tutti gli organi. I ricercatori hanno allertato sull'importanza di interventi specifici per valutare regolarmente le condizioni geriatriche e quelle patologiche correlate.

Inoltre, hanno richiamato l'attenzione sulle difficoltà per trattare questi aspetti multidisciplinari in quanto l'assunzione di farmaci per patologie diverse possono provocare interazioni inattese. Infine, sottolineano l'importanza della collaborazione tra i medici specialisti, quelli geriatrici e quelli di famiglia.

Allavena C et al., Aging with HIV, CROI, abstract 709.

SALUTE MENTALE E FARMACI

Le condizioni psichiatriche croniche sono comuni tra le persone con HIV, afferma uno studio dell'Università di Waterloo, Ontario. Secondo i ricercatori l'uso di farmaci psicotropici è maggiore in questa popolazione. Inoltre, aggiungono che le persone con HIV oltre i 50 anni di età soffrono maggior isolamento sociale, solitudine e depressione. I farmaci utilizzati in queste situazioni hanno un effetto positivo sul comportamento e sull'umore.

Tra di essi citiamo gli ansiolitici, gli antidepressivi, gli antipsicotici, gli ipnotici e gli stabilizzatori dell'umore. Lo studio canadese conferma quanto già rilevato da uno studio danese che, nel 2014, suggeriva l'uso di psicotropici per affrontare i problemi di salute mentale, preoccupazione crescente nella popolazione con HIV.

Sean Hosein, CATIE, marzo 2016

TERAPIA

ORIZZONTI "A LENTO RILASCIO"

Dato che sono in fase di sviluppo i farmaci a lento rilascio per via iniettiva, da assumere tra le 4 e le 12 settimane, si pongono nuovi interrogativi nel panorama della terapia.

Uno di essi è la velocità di concentrazione di questi farmaci rispetto a quelli attualmente disponibili, che sono assunti oralmente una o due volte al giorno.

Ne derivano aspetti legati all'efficacia (quanto tempo ci vuole per capire se si è resistenti); all'aderenza (che succede se si salta una dose?); al cambio di terapia (dopo quanto tempo dall'ultima somministrazione si potrà cambiare terapia?); alle interazioni (tossicità, antagonismo tra diverse molecole quali contraccettivi, antidepressivi, terapie sostitutive quali il metadone,

gli antivirali per l'HCV). I farmaci a lento rilascio sono in studio esclusivamente per i pazienti naïve.

Si prevede che i primi possano essere approvati intorno al 2019, ma ancora non vi sono dati sull'efficacia nei pazienti pretrattati.

Nadir, aprile 2016

STUDI SULL'INIBITORE DI COMBINAZIONE

BMS sta sviluppando una molecola, cosiddetta "combinectin" (ovvero BMS-986197), ad effetto prolungato con un triplo meccanismo di azione efficace sull'HIV resistente a 3 meccanismi di ingresso del virus nella cellula.

Se ne sarà confermata l'efficacia, si tratterà di un farmaco innovativo auto-somministrabile per via sottocutanea una volta alla settimana. Il BMS-986197 è composto di piccole proteine che assomigliano ad alcune regioni anticorpali e ha come bersaglio il ricettore GP41 della cellula CD4 insieme ad un inibitore di fusione peptidico che funziona in modo simile all'enfuvirtide. Il "combi-

nectin" è stato integrato all'albumina umana per migliorarne la farmacocinetica. Sono iniziati gli studi clinici sull'uomo.

M Krystal et al. HIV-1 Combinectin BMS-986197... CROI, Boston, February 22-25, 2016. Abstract 97. Golub S et al, CROI, Boston, abstract 869, 2016.

DESCOVY

Approvata dall'European Medicine Agency (EMA) la nuova co-formulazione di tenofovir, Descovy (emtricitabina e tenofovir alafenamide 200/10 mg), da assumere in associazione con altri antiretrovirali. Il farmaco ha dimostrato **efficacia non inferiore al Viread**, il vecchio tenofovir usato

anche in combinazione con emtricitabina, nome commerciale Truvada. Il vantaggio di Descovy è che assumendo un dosaggio del 90% inferiore a quello del tenofovir, se ne ottiene una concentrazione ematica paragonabile. Il beneficio è collegato alla presunta diminuzione di tossicità renale, emersa negli studi clinici e al miglioramento della densità minerale ossea, ancora da confermare nella pratica clinica.

Alla CROI, però, è stato sottolineato che **il nuovo farmaco produce un aumento significativo di trigliceridi, colesterolo totale e LDL.**

The European SmPCs for Descovy®, Genvoya®, Stribild® and Viread® www.ema.europa.eu.

SOCIALE

HCV E LIQUIDO SEMINALE TRA MSM COINFETTI

Ricercatori dell'US Report in Open Forum Infectious Diseases hanno riscontrato che un terzo degli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM) con HIV/ HCV hanno sufficienti quantità di virus HCV nel liquido seminale da poter infettare i partner ricettivi durante i rapporti anali. Nonostante non vi sia ancora un consenso sui fattori di rischio sessuale nel

contagio, è stato identificato tra di essi il rapporto anale non protetto. Il maggior fattore di rischio resta, comunque, il trauma ano-rettale causato dal *fisting*.

Nei campioni di liquido seminale analizzato è stata rilevata una quantità di HCV pari a 1,49 log e, nelle stesse persone, quello rilevato

nel sangue era di 5,08 log. La trasmissione di HCV è più frequente nei rapporti omosessuali in quanto la mucosa rettale soffre un trauma maggiore durante il rapporto favorendo l'assorbimento di particelle del virus.

Turner SS et al. Shedding hepatitis C virus in semen of HIV-infected men. Open Forum Infectious Diseases, online edition, 2016.

PrEP, DROGHE E ADERENZA

Una nuova ricerca condotta a San Francisco dall'AIDS Foundation conferma che il consumo di droghe non influenza negativamente l'aderenza alla PrEP. Uno dei motivi principali è dato dal fatto che chi decide di accedere alla PrEP ha un atteggiamento proattivo nei confronti dell'HIV.

I dati sono stati rilevati tra il 2014 e il 2015 in 172 persone che facevano uso di droghe iniettive, cocaina, ecstasy, crack, poppers, GHB e metanfetamina. Solo il 9% di coloro che consumavano metanfetamina o cocaina erano più propensi alla non aderenza. In tota-

le, il 40% di coloro che praticavano il *chemsex* ha interrotto la PrEP versus il 31% di coloro che non facevano uso di droghe. A tale proposito si ricorda che l'uso di droghe aumenta di oltre il 40% il rischio di infezioni da HIV.

Delta: visto l'aumento di rischio di trasmissione dell'HIV tra le persone che fanno uso di droghe, insistiamo sull'importanza di parlarne apertamente con il medico.

San Francisco AIDS Foundation, marzo 2016

PrEP E ALTRE MTS

Uno studio in California (National HIV Behavioral Surveillance, NHBS) ha rilevato che la PrEP tra MSM comporta un'accelerazione di comportamenti sessuali a rischio.

L'uso del preservativo è diminuito del 50% tra il 2004 ed il 2014 ed è diminuito di circa il 40% solo negli ultimi 4 anni. Questo periodo corrisponde all'approvazione della PrEP. La

MTS IN AUMENTO

Una delle maggiori preoccupazioni riguardo la PrEP è l'aumento di malattie a trasmissione sessuale (MTS). Pur non essendovi evidenza che la PrEP ne sia responsabile, appare ormai evidente dai dati dei recenti studi (PROUD, SPARK...) che chi ricorre a questa misura di prevenzione non usa il profilattico. Il progetto SPARK prevede che i partecipanti si sottopongano ogni tre me-

si ad analisi per la sifilide, la clamidia uretrale e rettale e la gonorrea. Nei primi tre mesi di follow-up, dopo l'inizio della PrEP, il 13% di essi aveva contratto una MTS. Il 77% di essi era asintomatico ed il 66% non aveva precedenti di MTS. Le diagnosi tempestive sono state possibili grazie al monitoraggio costante.

POZ, marzo 2016

proporzione di coloro che hanno dichiarato il proprio stato sierologico e hanno avuto rapporti sessuali anali con partner occasionali è aumentata in questo periodo e i rapporti anali senza preservativo si sono raddoppiati. I ricercatori concludono che alcuni MSM non usano

il preservativo supponendo che i partner stiano assumendo la PrEP, dimenticando però che non protegge da altre malattie a trasmissione sessuale (MTS).

POZ, 28 marzo 2016

DISTURBI NEUROCOGNITIVI

I DISTURBI NEUROCOGNITIVI NELLE PERSONE CON HIV/AIDS SONO RILEVANTI NON SOLO PER IL LORO EFFETTO DIRETTO SULLA SALUTE FISICA

E MENTALE, MA ANCHE PERCHÉ SI ASSOCIANO A RIDOTTA ADERENZA ALLA TERAPIA ANTIRETROVIRALE E ALLA PROGRESSIONE DI MALATTIA.

Ne parliamo con Andrea Calcagno (andrea.calcagno@unito.it), medico infettivologo a Torino (Ospedale Amedeo di Savoia), che, all'interno dell'equipe infettivologica torinese diretta dal Prof. Giovanni di Perri, da anni si occupa di questo filone di ricerca e della sua gestione clinica.

D: Come medico, visitando i pazienti, quanto spesso Le capita di accorgersi di essere in presenza di "disturbi neurocognitivi"?

R: Dobbiamo distinguere tra *disturbi percepiti* e *vere alterazioni neurocognitive*. Quasi il 50% dei pazienti che visito mi riferisce di non ricordare bene le cose, come prima, o di avere difficoltà a concentrarsi; questo non significa che ci siano dei veri disturbi e uno dei fattori più importanti è il tono dell'umore. Nella classificazione dei disturbi (chiamati HAND, HIV-associated neurocognitive disorders), la depressione è un fattore di esclusione (a meno che non sia ben controllata) per la diagnosi. Escludendo, quindi, fattori importanti come la depressione, l'abuso alcolico, il consumo di sostanze stupefacenti e pregresse malattie cerebrali, circa il 20-24% dei miei pazienti ha delle alterazioni neurocognitive. Va detto che, la maggior parte di esse sono di lieve entità e non hanno alcun impatto sulla vita quotidiana.

D: C'è una sorta di "epidemiologia ripetuta"? Ossia, in quali casi il medico "deve essere più allerta" su queste questioni?

R: Vi sono alcune tipologie di persone con HIV particolarmente a rischio. La prima è costituita da *pazienti che stanno invecchiando*: in questi soggetti è molto difficile attribuire la colpa dei disturbi all'infezione da HIV, perché sia le demenze "tradizionali" (come la malattia di Alzheimer) sia i disturbi della circolazione cerebrale possono avere una notevole importanza. Va, comunque, ricordato che sia l'infezione da HIV sia alcune terapie antiretrovirali (in particolare gli

inibitori della proteasi) posso associarsi ad alterazioni vascolari e quindi potenzialmente causare disturbi indirettamente. Anche persone con un nadir (il punto inferiore) di CD4 basso, lunga storia di terapia antiretrovirale e presenza di mutazioni associate a resistenza sono più a rischio.

D: Quali sono i disturbi neurocognitivi più frequentemente riscontrati?

R: Sia dal punto di vista dei sintomi sia dei test vi sono due aree più frequentemente alterate. Queste sono *la memoria*, soprattutto quella recente, e *le capacità motorie fini*, ovvero la capacità di eseguire e coordinare movimenti precisi. Nella "batteria completa" dei test vengono valutate numerose aree neurocognitive comprese queste due e vengono confrontate con una popolazione di riferimento di pari età e scolarità: nella valutazione globale emerge frequentemente un certo "rallentamento" sia nell'elaborazione sia nell'esecuzione di alcuni esercizi.

D: Quali sono le principali strategie d'intervento?

R: Purtroppo non esistono strategie generalizzabili, ma occorre perseguire un approccio veramente individualizzato. *In primis* la diagnosi e, eventualmente, il trattamento dei disturbi dell'umore. Poi, soprattutto per i pazienti "a rischio" con nadir basso, lunga storia di terapia e presenza di mutazioni, occorre la valutazione della possibilità di un "escape liquorale". Questa condizione si verifica quando la viremia è controllata nel sangue periferico, ma non lo è nel liquor: per diagnosticarla sono necessari una risonanza magnetica dell'encefalo e la puntura lombare. In questo caso, la terapia antiretrovirale può essere individualizzata e di solito i disturbi migliorano. Esistono, inoltre, favorevoli dati preliminari sull'utilizzo di alcune molecole specifiche (maraviroc, paroxetina) o su strategie di ri-

abilitazione neurocognitiva in pazienti con diagnosi di HAND, ma sono ancora necessari studi di più ampia numerosità.

D: Si sente di dare un consiglio alle persone con HIV per sensibilizzarsi sul tema? In particolare, a quali persone?

R: Il mio consiglio è di non spaventarsi. La memoria è una funzione complessa e che risente molto della salute psicologica del soggetto: a tutti succede in certi periodi di dimenticare qualcosa, soprattutto se in periodi di particolare stress emotivo. Tuttavia, se i disturbi dovessero persistere, una visita dedicata può indirizzare verso il percorso diagnostico più appropriato: i test neurocognitivi completi durano circa un'ora e sono somministrati da un neuropsicologo, solitamente esperto nel tema. Inoltre, la diagnostica successiva, compresa l'eventuale puntura lombare, sono sicure e poco traumatiche con le dovute accortezze. Consiglierei, quindi, di fare un auto check-up della propria memoria a tutti i pazienti, e in particolare a quelli con una lunga storia di infezione da HIV e che hanno avuto un numero di CD4 al di sotto di 200.



DIAGNOSI DEI DISTURBI NEUROCOGNITIVI HIV-CORRELATI

(dalle Linee Guida Italiane, edizione 2015, versione semplificata)

ESAME/I	POPOLAZIONE TARGET	OBIETTIVO/I
Valutazione neurocognitiva*	Se il paziente/familiari riferiscono o se il curante rileva sintomi di alterazioni cognitive	Identificazione pazienti con disturbi neurocognitivi (se escluse altre patologie)
Test di screening per problemi psichiatrici**	Se il paziente/familiari riferiscono o se il curante rileva sintomi di depressione o ansia	Selezione pazienti con possibili disturbi psichiatrici
Esame neurologico	Pazienti con problemi cognitivi sintomatici	Diagnosi di <i>disturbi neurocognitivi HIV-correlati</i> con/senza escape liquorale. Funzionale alla diagnosi di esclusione di <i>disturbi neurocognitivi HIV-correlati</i>
Risonanza magnetica dell'encefalo con mezzo di contrasto		
Esame del liquor***		

* Si raccomanda per la valutazione neurocognitiva la somministrazione di una batteria di test neuropsicologici che comprenda le seguenti aree: fluenza verbale, funzioni esecutive, velocità di elaborazione delle informazioni, attenzione/working memory, apprendimento verbale e visivo, memoria verbale e visiva e abilità motorie. Considerare, a questo scopo, anche l'esecuzione di batterie di test semplificati, ad esempio CogState, o di test "di screening" approfonditi, ad esempio MoCA. Per verificare il grado di interferenza con la vita quotidiana si suggerisce di utilizzare la valutazione IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*).

** Test consigliati: Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ9) e Generalized Anxiety Disorder (GAD), oppure Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

***Esami su liquor per escludere patologie concomitanti; HIV-RNA per identificare/escludere escape liquorale, test delle resistenze genotipiche (GRT), e eventualmente del tropismo virale per eventuale ottimizzazione terapeutica.

PROGETTO LORETA: QUALI SONO I CENTRI GIÀ OPERATIVI?

Ricordiamo che è una metodologia sperimentale che, attraverso un elettroencefalografo, consente di esplorare alcune aree

del cervello utili all'individuazione precoce di *disturbi neurocognitivi*, facendo durare l'esame solo pochi minuti e non essendo

invasivo. L'esame, in quanto sperimentale, non sostituisce i routinari esami per la diagnosi vera e propria.

SONO GIÀ OPERATIVI, O LO SARANNO ENTRO APRILE 2016...

	CITTÀ	CENTRO CLINICO	PRIMARI/REFERENTI	CONTATTI (Telefoni attivi da LUN a VEN)
1	Milano	Ospedale Sacco, Inf.3	Prof. Massimo Galli Dr.ssa Cristina Negri	Tel. 0239042688 (ore 14-17) cristina.negri@unimi.it
2	Firenze	Ospedale Santa Maria Annunziata (Bagno a Ripoli)	Dr. Francesco Mazzotta Dr. Massimo Di Pietro Dr. Francesco Maria Fusco	Tel. 0556936279/0556936512 (ore 11-13) massimo.dipietro@uslcentro.toscana.it francescomaria.fusco@inmi.it
3	Napoli*	III Divisione Ospedale Cotugno	Dr. Antonio Chirianni Dr. Pasquale Pagliano	Tel. 0815908458/0815908459 antonio.chirianni@ospedaledicolli.it
4	Padova	Azienda Ospedaliera	Dr.ssa Annamaria Cattelan Dr.ssa Maria Marzia Franzetti Dr.ssa Serena Marinello	Tel. 0498213744 (ore 11-14) dh.malin@sanita.padova.it
5	Roma	Ospedale S. Andrea	Prof. Alfredo Pennica	Tel. 0633776153/06360906974 (ore 9-13) alfredo.pennica@uniroma1.it
6	Roma	Policlinico Tor Vergata (Torre 6, 4° Piano, Mal. Infettive)	Prof. Massimo Andreoni Dr.ssa Elisabetta Teti	Tel. 0620903440 (ore 12-13, 15-16)
7	Roma	Policlinico Umberto I	Prof. Vincenzo Vullo Dr.ssa Gabriella D'Ettorre Dr.ssa Alessandra D'Abramo	Tel. 3479650959 - gabriella.dettorre@uniroma1.it Tel. 3384279521 - alessandra.dabramo@uniroma1.it
8	Pescara	Ospedale Civile dello Spirito Santo	Dr. Giustino Parruti Dr. Francesco Vadini	Tel. 3342345998 - francesco.vadini@gmail.com Tel. 3275414170 - parrutig@gmail.com (per entrambi, ore 10-12 nei giorni di LUN, MERC, VEN)
9	Bari*	Policlinico	Prof. Gioacchino Angarano Dr.ssa Saracino Annalisa Dr.ssa Lepore Luciana Sig.ra Tancorre Tiziana	Tel. 0805593610/0805592771 (ore 9-13) bariloreta@gmail.com
10	Catania	ARNAS Garibaldi	Dr. Maurizio Celesia	Tel 0957598445 (ore 9-16)

* = in attesa di approvazione da parte del comitato etico.
 Queste informazioni sono state fornite a Nadir direttamente dai centri. Ci scusiamo anticipatamente per eventuali errori/omissioni.

SARÀ, INVECE, OPERATIVO NEL MESE DI GIUGNO 2016...

	CITTÀ	CENTRO CLINICO	PRIMARI/REFERENTI	CONTATTI
	Milano	San Raffaele	Prof. Adriano Lazzarin/Dr.ssa Ester Tuveri/Dr.ssa Parisi Maria Rita	tuveri.ester@hsr.it parisi.mariarita@hsr.it

Queste informazioni sono state fornite a Nadir direttamente dai centri. Ci scusiamo anticipatamente per eventuali errori/omissioni.

Per maggiori informazioni su LORETA: <http://www.nadironlus.org/?p=2081>

RIMEDI NATURALI...

SENZA PERDERE DI VISTA LA TERAPIA

PROGETTO "NATURA": UNA PICCOLA FINESTRA SULLE PROPRIETÀ TERAPEUTICHE DEI RIMEDI NATURALI CHE, COADIUVATE DALLE CURE ALLOPATICHE, CERCANO DI INTERAGIRE NELLA RIUSCITA DEI RISULTATI. IL LORO USO, PERÒ, NON DEVE SOSTITUIRE LE TERAPIE PRE-

SCRITTE DAL PROPRIO MEDICO. SIANO ESSE ANTIRETROVIRALI O PER LA CURA DEL CUORE, DELL'IPERTENSIONE O DELLA PSICHE. VA ANCHE RICORDATO CHE, PUR TRATTANDOSI DI RIMEDI NATURALI, IL LORO USO DEVE ESSERE CONCORDATO CON LO SPECIALISTA.

LECITINA DI SOIA



La lecitina è una miscela di sostanze nutritive presente in vari alimenti, ma in misura maggiore nella soia, molto diffusa nella cucina orientale, ma sempre più presente sulle nostre tavole, grazie alle sue innumerevoli proprietà benefiche.

Appartiene alla famiglia dei fosfolipidi che, come suggerisce il nome, differiscono dai comuni lipidi per la presenza di un gruppo fosforico che rende una parte della molecola idrofila, ossia in grado di legare l'acqua, mentre gli acidi grassi rendono l'altra parte lipofica, quindi in grado di legare i grassi: in questo modo le molecole fosfolipidiche riescono a tenere unite in emulsione due sostanze in genere non miscelabili tra loro quali l'acqua e il grasso.

Per questo motivo le lecitine sono usate come emulsionante nell'industria alimentare per la preparazione di creme, budini, salse e molti altri alimenti.

CARATTERISTICHE

Nel nostro organismo svolge azioni molto importanti. È sintetizzata a partire dalla colina assunta attraverso gli alimenti, una molecola erroneamente classificata come appartenente alle vitamine del gruppo B, in quanto funzionante da coenzima.

PROPRIETÀ

Questi sono solo alcuni dei benefici della lecitina di soia...

Colesterolo

Nell'organismo, grazie alle sue caratteristiche, la lecitina, contrasta il colesterolo, svolgendo un vero e proprio ruolo di spazzino. Grazie alla sua reazione biochimica, detta esterificazione, preleva il colesterolo in eccesso e lo convoglia al fegato dove, attraverso la bile, è assorbito o espulso con le feci, evitando il deposito sulle pareti delle arterie. Inoltre, sembra avere

un'azione selettiva sulle lipoproteine, portando a una diminuzione del LDL (colesterolo cattivo) e a un aumento del DHL (colesterolo buono).

Dimagrimento

Può essere anche un buon alleato per chi vuol dimagrire: intervenendo sul metabolismo, aiuta a bruciare i grassi e a tenersi in forma, tanto da essere spesso inserita nella dieta di chi pratica body-building.

Membrane plasmatiche

È un componente delle membrane plasmatiche che separano il citoplasma cellulare dalle soluzioni acquose interne. In questa sede svolgono l'importante ruolo di regolazione del passaggio di molecole e ioni attraverso la membrana, reso molto selettivo dalla presenza di specifici canali.

Malattie cardiovascolari

Gli effetti sui livelli di colesterolo nel sangue si traducono in una diminuzione delle più comuni patologie cardiovascolari: questo effetto è supportato anche dall'abbassamento dei livelli plasmatici di omocisteina, strettamente associati al rischio cardiovascolare.

Calcoli biliari

È un elemento molto importante nella digestione dei grassi e favorisce l'assorbimento di sostanze nutritive come le vitamine liposolubili: A, D, E e K. L'assunzione della lecitina di soia aiuta a sciogliere il colesterolo nella bile e riduce sensibilmente l'insorgere dei calcoli nella cistifellea, solitamente costituiti da colesterolo precipitato.

Diabete

Chi ne soffre accusa spesso anche disturbi cardiovascolari e sofferenza a livello di nervi e muscoli. Dunque, visto il contributo positivo in entrambi questi ambiti, sia al metabolismo lipidico che glucidico e considerato il basso indice glicemico, la lecitina di soia è spesso consigliata nel quadro di un'alimentazione antidiabetica.

POSOLOGIA

È disponibile in varie forme, dalle tavolette alle capsule, dal granulare alla forma liquida e si trova facilmente sia in erboristeria, in farmacia che nei supermercati.

Si può aggiungere a latte, yogurt, minestre e secondi piatti, facendo attenzione alla quantità. Integratori diversi hanno diverse quantità di lecitina e diverse composizioni, in combinazione con altre sostanze come vitamine e minerali.

In genere, 10 g al giorno è la dose media utile per le varie condizioni fisiologiche. Se si preferisce assumere la lecitina in compresse, è consigliabile prima del pasto.

CONTROINDICAZIONI

Molti effetti collaterali sono da imputare non solo alle caratteristiche intrinseche della lecitina di soia, ma anche alla diffusa possibilità che sia derivata da soia transgenica. È importante accertarsi che sia estratta da piante di provenienza biologica.

CURIOSITÀ

La soia è una pianta leguminosa annuale, originaria dell'Asia orientale, presente nella catena alimentare da oltre 5000 anni. Infatti, era consigliata nel Grande Erbario Cinese - *Pen Tsao* - soprattutto per dolori alle ginocchia, edemi, crampi, disturbi digestivi e malattie del cuoio capelluto.

Pur essendo un legume ricco di proteine, grassi, zuccheri, minerali e vitamine, si distingue profondamente dagli altri legumi per le sue peculiarità sulla qualità delle proteine. La soia contiene il 40% di proteine di cui il 9% di aminoacidi essenziali per il nostro benessere (percentuale alta rispetto ad altri alimenti dei quali ci nutriamo). I grassi sono circa il 20% e appartengono, per la loro quasi totalità (90% circa), alla categoria dei grassi insaturi. Essendo ricca anche di fibre, la soia facilita il transito intestinale, regolarizzando l'apparato digestivo.

AUMENTO DELLA CIRCONFERENZA VITA E... ATTIVITÀ FISICA e INTEGRATORI



È ORMAI ACCERTATO IL COLLEGAMENTO TRA HIV, TERAPIA ANTIRETROVIRALE (ARV) E SINDROME METABOLICA: FATTORI CHE DETERMINANO ALTO RISCHIO DI MALATTIA CARDIO-VASCOLARE, DIABETE, STEATOSI

EPATICA (FEGATO GRASSO), REDISTRIBUZIONE DEI GRASSI. L'AUMENTO DELLA CIRCONFERENZA VITA È UNO DEI SINTOMI DEL PROBLEMA METABOLICO E PUÒ ESSERE CONTRASTATO IN MODI DIVERSI.

“Qualunque sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un consumo di energia superiore a quello in condizioni di riposo” è la definizione di attività fisica secondo l'OMS. Si divide in aerobica e anaerobica. L'aerobica, camminare, correre, fare bicicletta, implica lo sforzo costante durante la prestazione e prevede l'accelerazione del battito cardiaco. L'attività fisica anaerobica, invece, come l'allenamento con i pesi, si basa su uno sforzo intenso ma breve basato sull'aumento della forza muscolare.

La scienza si è chiesta quale dei due tipi di allenamento contribuisca di più a bruciare calorie e diminuire il grasso. Alcuni sostengono che sia l'aerobica. Ma è stato accertato che le persone che fanno pesi o esercizi di resistenza accumulano meno grasso, per questo è consigliato fare un allenamento con i pesi di almeno 20 minuti al giorno come strategia per perdere grasso anche in tempi brevi mantenendo la tonicità muscolare.

APPENA ALZATI...

Allenarsi di mattina, a digiuno, è efficace per ridurre il grasso corporeo. L'organismo, quando non riceve i carboidrati necessari per lo svolgimento dell'attività fisica, utilizza i grassi accumulati. Si consiglia che la durata dell'allenamento a digiuno non sia troppo lunga né troppo impegnativa e che sia adattata alle proprie capacità in modo progressivo.

BENEFICI DELL'HIGH INTENSITY INTERVAL TRAINING (HIIT)

L'HIIT è una forma di allenamento cardiovascolare misto tra aerobica e anaerobica che rappresenta un'alternativa all'allenamento

aerobico più diffuso, a moderata o alta intensità, mantenendo costante la frequenza cardiaca.

L'HIIT, consigliato per ottenere definizione muscolare, bruciare i grassi e quindi perdere peso, consiste nell'alternanza di periodi di esercizio cardiovascolare ad alta intensità (80 – 90% della frequenza cardiaca massima) con periodi brevi di sforzo a frequenza cardiaca moderata (50 – 60%).

L'efficacia dell'HIIT si basa principalmente sull'impatto metabolico che produce nell'organismo aumentando l'ossidazione dei grassi fino a 24 ore dopo l'allenamento e diminuendo gli enzimi che producono grasso. Gli schemi per ottenere risultati ottimali sono vari e vanno disegnati da esperti secondo le proprie necessità e capacità.

METFORMINA

Un altro percorso integrativo per combattere l'aumento della circonferenza vita è l'uso di un farmaco chiamato Metformina, utilizzato per il trattamento del diabete tipo 2, l'insulino-resistenza e l'intolleranza al glucosio.

Alcuni studi confermano che la metformina può essere usata come agente modulante del consumo calorico e per aumentare la riduzione di grasso viscerale. È una strategia che non ha un riscontro preciso e che merita ulteriori approfondimenti, anche perché l'uso della metformina risulta privo di effetti collaterali gravi. Fa eccezione la comparsa di acidosi lattica, che si osserva molto raramente in pazienti con ridotta funzionalità renale o in caso di sovradosaggio.

I PROBIOTICI

Sono microorganismi vivi che si aggiungono agli alimenti o ai farmaci e che possono essere di origine batterico o da lieviti. Aiutano a rinforzare l'equilibrio della flora intestinale e del sistema immunitario. Un dosaggio adeguato di probiotici stimola le im-

munoglobuline A, che agiscono nei processi di difesa dell'organismo, ma uno dei fattori più importanti è che sembra promuovano la cicatrizzazione della mucosa intestinale, diminuendone la permeabilità e facilitando la risposta immunitaria locale.

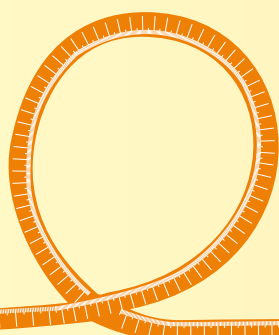
CALCIO E PROBIOTICI

La carenza di calcio provoca la produzione di un ormone chiamato leptina, responsabile dell'aumento dell'appetito e dell'accumulo di grasso corporeo. Assumere circa 1 grammo di calcio al giorno (nel suo assorbimento interviene anche la presenza di vitamina D4 e di altri minerali) aiuta a rallentare questo processo. I prodotti lattei (latticini e formaggi) sono ricchi di calcio e allo stesso tempo sono eccellenti fonti di probiotici.

RIDUTTORI DELLA SINTESI DEI GRASSI (lipolitici o lipotropici)

Aiutano a ridurre il tempo di metabolizzazione di grassi nel fegato accelerando la produzione di energia. Tra di essi ci sono la L-Carnitina, forse il lipotropico più raccomandato per le persone con HIV grazie alla sua azione protettiva dei mitocondri, organelli che servono a trasferire l'energia alle cellule e che sono bersagli dell'HIV e della terapia antiretrovirale. Altri lipotropici sono la colina e l'inositolo, che si trovano nel giallo dell'uovo, fegato, lievito di birra, noci e legumi; la metionina, un aminoacido che aiuta a mantenere bassi i livelli di zucchero, presente nella carne, pesce, latticini, lenticchie e fagioli; la Keto DHEA, che aiuta a diminuire il peso corporeo aumentando i livelli dell'ormone tiroideo T3. Non esiste un dosaggio ufficiale, ma si consiglia l'assunzione da 50 a 100 mg/giorno fino ad un massimo di 200 mg.

Sia l'attività fisica che l'uso dei prodotti menzionati vanno preventivamente discussi con il medico o con gli specialisti. Inoltre ricordiamo che i benefici dipendono dall'integrazione tra dieta, attività fisica e l'assunzione degli integratori.



IL CONGRESSO INTERNAZIONALE SUL FEGATO, CHE RIUNISCE CIRCA 10.000 DELEGATI DA TUTTO IL MONDO, PROPONE NUMEROSE NOVITÀ SUL TEMA, COMPRESSE LE PATOLOGIE EPATICHE DI MINORE INCIDENZA.

QUESTO REPORT RIGUARDA PRINCIPALMENTE GLI STUDI SUI NUOVI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELL'EPATITE B E C (SU QUEST'ULTIMA, SI È SCELTO DI NON CITARE GLI STUDI CON L'INTERFERONE).

EPATITE B CRONICA

Tenofovir Alafenamide (TAF) – presentati i dati a 48 settimane di due studi di fase III (108 e 110) che hanno valutato TAF 25 mg su 1298 pazienti sia naïve sia pre-trattati, rispettivamente 425 HBeAg-negativi e 873 HBeAg-positivi. In entrambi, il farmaco, con randomizzazione 2:1, si è dimostrato non inferiore a Tenofovir Disoproxil Fumarato 300 mg (TDF, quello tradizionale) in merito alla percentuale conseguita di HBV DNA < 29 IU/mL (indicatore di successo), con un migliore profilo di sicurezza renale e osseo. Nello Studio 108, inoltre, si è avuta una maggior percentuale di normalizzazione delle ALT (**M Buti, GS06**).

NVR 3-778 – è il primo farmaco di una nuova classe (chiamata inibitori dell'HBV core) che potrebbe inibire molte funzioni multi-

ple mediate nel core del ciclo vitale di HBV. Il farmaco, nella linea di ricerca di Janssen, è stato sperimentato sia da solo sia in associazione a PegIFN, in uno studio di fase Ib, a diversi dosaggi, su 64 pazienti HBeAg+ con HBV DNA > 20.000 IU/mL.

Rilevata una diminuzione significativa di HBV DNA dose-relata, in particolar modo nel gruppo in cui il farmaco a 600 mg BID è stato somministrato in associazione a PegIFN 180 µg alla settimana, per 4 settimane. Vi è inoltre stata una riduzione precoce del 40-50% dell'HBeAg. Sono già programmati studi di fasi successive (**M-F Yuen, LBO6**).

NUOVI FARMACI PER L'EPATITE C CRONICA

Sofosbuvir/Velpatasvir - Questa nuova coppia di farmaci di Gilead, al dosaggio QD 400/100 mg e co-formulati, pan-genotipici, **in associazione con GS-9857**, è stata sperimentata per 12 settimane, su pazienti già pre-trattati con i farmaci a somministrazione orale (DAA), e su tutti i genotipi (GT).

Nei primi due studi (**E Lawitz, PS008**) sono stati valutati 128 pazienti con GT da 1 a 6. La SVR 12 (risposta virologica sostenuta dopo 12 settimane dalle fine del trattamento) è stata del 99%. Nel GT 3 del 97%. Non significativa per la percentuale di cura, la presenza di cirrosi e/o l'utilizzo precedente di DAA.

In un altro studio (**TRILOGY-3, E Lawitz, PS021**), i tre farmaci sono stati sperimentati tutti e tre co-formulati, con o senza ribavirina, su 49 pazienti con GT 1 (in particolare il 90% aveva genotipo 1a e il 50% aveva cirrosi) e con precedente utilizzo di DAA. La SVR 12 è stata del 98%. Non influente l'utilizzo di ribavirina. Infine, nello Studio Retreatment (**EJ Gane, PS024**) la coppia **Sofosbuvir/Velpatasvir** è stata associata per 24 settimane a **ribavirina**

su pazienti già pre-trattati con DAA. Buone le performance sui GT 1 e 2, più ridotte sul GT 3 (77%), confermando così l'importanza dell'utilizzo del terzo farmaco GS-9857 (che in questo studio non era presente).

ABT-493 + ABT-530 - Questa nuova coppia di farmaci di Abbvie, al dosaggio QD 300/120 mg e co-formulati, pan-genotipici, senza ribavirina, ha dimostrato negli Studi SURVEYOR-1 e 2 (**F Poordad, PP #SAT-157; A Muir, PS098**), di raggiungere il 97-98% di SVR 12 dopo solo 8 settimane di trattamento nei GT 1-3, in pazienti senza cirrosi. In particolare, per GT1 (33/34), per GT2 (53/54) e per i pazienti naïve GT3 (28/29). Si è avuto, invece, il 100% di SVR 12, per 12 settimane di trattamento nei GT 4-6 (34/34).

Inoltre, nello studio SURVEYOR-2 (**P Kwo, LB01**), l'SVR 12 si è raggiunta nel 100% dei pazienti naïve con GT3 e cirrosi compensata, sempre con 12 settimane di trattamento, con e senza ribavirina (24 pazienti per braccio). Il profilo di sicurezza delle molecole, in tutti gli studi, è stato buono (**E Gane, PP #SAT-137; P Kwo, PP #SAT-239**). Notevoli, nello Studio MAGELLAN-1, le performance delle molecole in 50 pazienti con GT1, senza cirrosi, che avevano fallito i nuovi farmaci DAA, raggiungendo percentuali di successo attorno al 90%, con o senza ribavirina (**Poordad F, OP #GS11**).

MK-3682 (450mg)/Grazoprevir/MK-8408 (60mg) – La nuova tripletta QD pan-genotipica della Merck, co-formulata (o comunque lo sarà) si è dimostrata efficace con SVR 12 oltre il 90% dopo sole 8 settimane di trattamento in 240 pazienti naïve, non cirrotici, con GT 1, 2 e 3 negli studi di fase II C-CREST 1 e 2, parte A (**EJ Gane, SAT-139**). Si è mostrato buono il profilo di sicurezza, senza alcuna criticità dal punto di vista cardiaco e renale. Confermata l'SVR 24, non essendoci stato, dopo l'SVR 12, alcun fallimento virologico per altre 12 settimane (**EJ Gane, SAT-139**).



FARMACI IN COMMERCIO PER EPATITE C CRONICA

Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (VIE-KIRAX®) + **Dasabuvir** (EXVIERA®) - secondo quanto evidenziato da un'analisi post-hoc, il 100% (n=148/148) dei pazienti con GT 1b, trattati per 12 settimane, ha ottenuto SVR 12, a prescindere dalla presenza o meno di mutazioni RAV di NS5A. I risultati hanno inoltre evidenziato che il 97% dei pazienti con GT 1a, con o senza RAV di NS5A al basale (rispettivamente n=57/59 e n=351/361), ha ottenuto SVR 12, ma in associazione a RBV. L'analisi ha incluso i dati relativi sia ai pazienti naïve sia ai pazienti pre-trattati, con anche cirrosi compensata (**Sarrazin C, LBP503**).

Inoltre, in uno studio post-marketing tedesco (**Hinrichsen H, GS07**), la SVR 12 si è ottenuta nel 96% dei pazienti (486/505) con GT 1 e nel 100% dei pazienti con GT 4 (53/53). Il tasso di interruzione del trattamento dovuto ad eventi avversi è risultato basso (1,5%).

La popolazione di pazienti inclusa in un apposita analisi dedicata alla sicurezza (n=1017) era rappresentativa delle varie tipologie di persone osservate nella normale pratica clinica: i cirrotici (22%), i pre-trattati (59%) e coloro che erano in trattamento farmacologico per altre condizioni mediche (59%).

Daclatasvir + Sofosbuvir - secondo un'analisi degli Studi ALLY-3 e ALLY-3+ (**KV Kowdley, SAT-199**) su pazienti con GT-3 e fibrosi avanzata, questa combinazione di farmaci ha mostrato una SVR 12 rispettivamente del 100% (con RBV) e del 93% (senza RBV).

Tra i pazienti con cirrosi compensata, la combinazione dei farmaci con ribavirina ha portato a una SVR 12 o 16 rispettivamente dell'83 e dell'89%. Si ricorda che il GT3 è un genotipo difficile da trattare, a causa della rapida progressione verso la fibrosi e di un più alto rischio sia di steatosi e sia epato-carcinoma.

EPATITE C ACUTA

Sofosbuvir/Ledipasvir (HARVONI®) - quando assunto per 6 settimane in persone HIV-negative e con GT 1 (11 GT 1a e 9 GT 1b), il farmaco ha curato tutti, compreso le persone con alte cariche virali (**K Deterding, LB08**, studio tedesco).



La definizione di infezione acuta è stata quella di "sospetto" di esposizione ad HCV negli ultimi 4 mesi, documentata sieroconversione degli anticorpi da negativa a positiva oppure innalzamento delle ALT più di 10 volte il limite normale, come indicatore di infiammazione epatica. Il 55% ha avuto esposizione sessuale al virus.

Agendo farmacologicamente sull'infezione da HCV recente, si è prevenuta anche la trasmissione del virus e i costi della cura, visto il tempo ridotto di trattamento, sono diminuiti.

REINFEZIONE CON HCV IN MSM HIV-POSITIVI

Come compreso già da tempo dalle associazioni e dai principali clinici operanti nel settore, il fenomeno sta gradualmente acquistando una importanza non più trascurabile. I dati presentati in questa sede riguardano Amsterdam e Londra, tuttavia è urgente monitorare il fenomeno anche in altre aree metropolitane europee, e forse non solo.

Di 606 pazienti con HCV curata, ben in 149 (24,6%) si è presentata un re-infezione acuta, in 29/69 una seconda re-infezione, in 4 una terza re-infezione e una persona ne ha avuta una quarta.

Il tema è particolarmente importante per varie ragioni: dimostra l'importanza di azioni urgenti di educazione e prevenzione, autorizza (?) a politiche specifiche di screening periodici e costanti dopo la cura, necessita di un monitoraggio attivo al fine di prevenire l'epidemia, pone questioni in merito all'analisi dei costi/benefici del trattamento (**TC Martin, TS006**).

SIMIT E PROGRAMMA COMPASSIONEVOLLE SULLE PERSONE HIV/HCV

Sono stati presentati i primi dati sull'utilizzo di DASABUVIR + OMBITASVIR/PARITAPREVIR/RITONAVIR, con o senza Ribavirina, in fase di pre-commercializzazione. 213 pazienti HIV/HCV (73,7% uomini, età media 52 anni) sono stati inclusi nell'analisi che ha coinvolto 26 centri clinici italiani di malattie infettive. In 205 pazienti, si è effettuato l'esame del Fibroscan al basale: F1-F2: 77,5%, F3-F4: 22,5%.

La cART, prima di effettuare la terapia anti-HCV, è stata modificata nel 58% dei casi, a causa delle possibili interazioni farmacologiche. La SVR4 in 101 pazienti è stata sorprendente: 99% di non rilevabilità di HCV-RNA. Il trattamento è stato generalmente ben tollerato (**E Teti, SAT-147**).

OLTRE LE SBARRE...

DELLE DIPENDENZE

DOPO LE SBARRE DEL CARCERE, AFFRONTIAMO IL PROBLEMA DELLA PRIGIONIA IN SENSO LATO: LA DIPENDENZA DA SESSO E DROGA E LE INTERAZIONI CON L'HIV.

UN NEOLOGISMO

Il termine *chemsex* unisce le parole *chemistry* e *sex* ed è stato introdotto nel Regno Unito per descrivere il sesso praticato, soprattutto in ambito omosessuale, sotto gli effetti della droga, al fine di migliorare le performance.

Secondo i medici dell'**Nhs Foundation Trust**, tale abitudine abbassa la percezione del rischio di trasmissione sessuale, invoglia gli individui a praticare il sesso di gruppo senza far uso del profilattico, fa dimenticare l'assunzione di farmaci, crea dipendenza e assuefazione, causando danni gravi e permanenti alla psiche.

In pratica, questa forma di "sesso estremo" consiste nell'assunzione di droghe, quali **mefedrone**, cristalli di **metanfetamina**, **gbl** e **ghb**.

La maggior parte di chi assume queste sostanze, dichiara di avere performance migliori, meno inibizioni, di provare più piacere e di sentirsi più sicuro di sé.

IL GRIDO DI ALLARME

"La morbilità del *chemsex* - scrive il *British Medical Journal* - deve essere una priorità di salute pubblica da affrontare con la massima urgenza e serietà."

A lanciare il preoccupato grido di allarme sono direttamente i maggiori esperti britannici in materia sessuale attraverso un documentato articolo. A firmare il pezzo di denuncia sono, oltre a **Jamie Willis**, di "Antidote", un'associazione londinese per tossicodipendenti LGBT, **Hannah McCall**, **Naomi Adams** e **David Mason**, tre rappresentanti di altrettante "NHS Foundations", organizzazioni locali, semi-autonome, facenti capo al "National Health Service", il servizio sanitario nazionale.

Gli esperti spiegano come *"Il mefedrone e i cristalli di metanfetamina sono degli stimolanti che aumentano il battito cardiaco e la pressione, producendo euforia ed eccitazione sessuale, mentre il ghb è un potente disinibitore e un lieve anestetico"*.

I risultati della ricerca riportano inoltre che alcuni utilizzatori affermano di farne uso per gestire i sentimenti negativi, come la mancanza di fiducia e di autostima, l'omofobia interiorizzata, e la stigmatizzazione del loro *status* di sieropositivi.

Lo studio "Chemsex", il primo progetto di ricerca britannico nel suo genere, ha utilizzato i tanti dati messi a disposizione da un ampio sondaggio europeo, condotto in 38 paesi, intitolato, "The European Men-Who-HaveSex-With-Men - Internet Survey" (EMIS). I risultati di tale studio hanno evidenziato come, su **1.142 persone intervistate**, nei quartieri londinesi di Lambeth, Southwark e Lewisham, **circa un quinto**

ha affermato di aver praticato "chemsex" negli ultimi cinque anni e un decimo nelle ultime quattro settimane.

Presso "Antidote", il servizio specializzato nel supporto per i problemi riguardanti droga e alcool delle persone *LGBT*, di cui fa parte uno degli autori dell'articolo, circa il 64% dei partecipanti in cerca di sostegno per l'uso di droga, ha ammesso di aver fatto utilizzo di droghe "chemsex" nel periodo 2013-2014.

La maggior parte degli utilizzatori di GHB / GBL e cristalli di metanfetamina hanno riferito di farne uso per facilitare i loro rapporti sessuali.

I medici del "British Medical Journal" sottolineano inoltre come i servizi di salute mentale abbiano riscontrato un lieve ma molto preoccupante incremento dei loro servizi riservati agli utilizzatori di droghe "chemsex".

LE SMART DRUGS

Sono le cosiddette "droghe furbe", apparentemente innocue, possono provocare gravi conseguenze alla salute. Spiega il Dottor Luigi Cervo (Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano): "Nessuno può sapere con certezza se quello che sta per assumere è effettivamente quello che credeva, oltretutto non conoscendo neanche il grado di purezza della polvere o pillola acquistata, è difficile prevedere a quale dosaggio di composto sconosciuto ci stiamo per esporre".

Cosa sono?

Si tratta di preparati di origine naturale o sintetica, che contengono principi attivi di estratti vegetali e sostanze psicotrope (efedrina, caffeina, mescalina, ecc.). Esiste una gran confusione in merito: in certi casi si intendono bevande energetiche e pastiglie stimolanti, in altri droghe di origine vegetale.

Dove si trovano?

Grande Fratello della globalizzazione delle droghe è Internet, che propone decine se non centinaia di siti di vendita on-line delle più disparate droghe vegetali psicoattive, tutte (o quasi tutte) rigorosamente legali, o comunque viaggianti attraverso la rete.

Classificazione

Possono essere classificate o in base alle modalità di consumo, oppure per classi chimico-fisiche. Si possono distinguere i prodotti caffeinici, i prodotti eferdrinici, gli afrodisiaci e le eco-drugs (sostanze psicoattive di origine naturale/vegetale, ossia che non vengono sintetizzate in laboratorio).

L'abuso di questi prodotti può causare seri rischi alla salute.

GBL

Noto come "le droga dello stupro" il GBL (gamma-butyrolactone), è una molecola chimica, contenuta in alcuni solventi industriali destinati a pulire i cerchioni delle auto o i dipinti (in particolare i graffiti).

Una volta ingerito è metabolizzato molto rapidamente e trasformato in GHB o acido gamma-idrossibutirrico, che ha un duplice effetto, prima euforizzante e poi anestetizzante; in medicina era infatti utilizzato come anestetico generale per poi essere impiegato, negli anni '80, come anabolizzante da parte degli sportivi a causa della sua presunta capacità di stimolare il rilascio dell'ormone della crescita.

GBL e GHB hanno gli stessi effetti: dall'euforia al sonno profondo, distensione, vertigini, perdita di memoria o delle inibizioni o sintomi più gravi come la perdita di coscienza.

Queste due sostanze agiscono molto rapidamente dopo l'assorbimento: 10-20 minuti bastano per osservare i primi effetti, che dipendono dalla dose assunta e dalla persona e aumentano in caso di associazione con l'alcol e/o altre droghe.

Nei casi di sovradosaggio possono provocare il coma profondo o un'insufficienza respiratoria in grado di portare alla morte.

Tali sostanze, aggiungono i medici inglesi, "possono creare una forte dipendenza psicologica, mentre il GHB / GBL arriva addirittura a creare una pericolosa dipendenza fisiologica".

Per questo gli autori dell'articolo hanno sottolineato i gravi rischi di danni permanenti ai quali vanno incontro coloro che fanno uso di tali devastanti droghe. La ricerca "chemsex" ha poi evidenziato come le persone che assumono queste sostanze hanno una media di cinque partner sessuali a volta e di norma praticano sesso non protetto. Una delle autrici dell'articolo, la dottoressa **Hannah McCall** (Central and Northwest London NHS

Foundation Trust), conferma l'evidente collegamento tra la pratica del *chemsex* e l'aumento di malattie sessualmente trasmissibili nella comunità *gay*, dichiarando:

"Le statistiche della sanità pubblica, quest'anno rispetto allo scorso anno, in Inghilterra mostrano un aumento delle malattie sessualmente trasmissibili e nelle persone che si iniettano anfetamina".

La McCall ha inoltre affermato come l'abitudine del *chemsex* sia **particolarmente diffuso tra gli uomini gay**, specificando che *"probabilmente circa un quarto degli uomini gay che vengono in clinica dichiarano di aver fatto uso di droghe "chemsex" nel corso dell'anno passato".*

Tale abitudine potrebbe facilmente estendersi anche alla comunità eterosessuale, seguendo il copione dell'*ecstasy*, utilizzata in origine unicamente in ambito omosessuale e in seguito diffusosi ovunque.

METANFETAMINA

È un composto chimico di sintesi ed è una droga artificiale pericolosa e potente. Provoca assuefazione sin dal primo utilizzo. All'inizio ha un effetto eccitante, ma subito dopo inizia un processo sistematico di distruzione dell'organismo, provocando un grave crollo fisico e mentale.

Diminuiscono appetito e fame, avviene una sensibile perdita di peso, si presentano disturbi del sonno, iperattività, nausea, manie di potere, aumento di aggressività e irritabilità, oltre a confusione, allucinazioni, ansia, paranoia, convulsioni. È una delle dipendenze più dure da trattare.

TRE CATEGORIE DI ABUSO DELLE DROGHE DA CLUB

Abuso a bassa intensità: chi le utilizza, inghiotte o sniffa, cercando la stimolazione supplementare per finire un compito o un lavoro oppure per perdere l'appetito e dimagrire. A un passo dall'uso incontrollato.

Abuso binge (incontrollato): la sostanza viene fumata o iniettata. Iniettandola si ottiene una dose più intensa che crea un *rush* che dà a sua volta il via a una forte dipendenza psicologica.

Abuso ad alta intensità: sono gli *speed freaks* che, per mantenere lo stato di *rush*, devono assumere una dose sempre maggiore. In questo modo si entra in una spirale di dipendenza mortale.

IL MEFEDRONE (4-metilcatinone)

È una droga sintetica che stimola il sistema nervoso centrale. Detta anche la droga degli zombie, costa poco e si trova facilmente. Può indurre ansia, alterazioni della memoria a breve termine, tachicardia e ipertensione, ma anche aggressività, convulsioni, allucinazioni, psicosi e atti di autolesionismo, sino ad arrivare al cannibalismo.

Inoltre, sono stati segnalati casi di dipendenza psicologica con frequente insorgenza di *drug craving*: il desiderio irrefrenabile che spinge i consumatori ad assunzioni sempre più frequenti a causa anche della breve durata d'azione della sostanza (per via intranasale, gli effetti si manifestano immediatamente, con picchi di intensità nell'arco di 30 minuti).



DROGA: TRA LA LEGGE E IL DESIDERIO

È DA ANNI CHE GLI ESPERTI MONDIALI SULLA RIDUZIONE DEL DANNO CONFERMANO CHE LE POLITICHE CONTRO LA DROGA HANNO FATTO PIÙ MALE CHE BENE.

LE LEGGI INTENDEVANO PROTEGGERE CONTRO LA VIOLENZA, LA TRASMISSIONE DI MALATTIE E LA DISCRIMINAZIONE, MA HANNO CALPESTATO I DIRITTI ALLA SALUTE.

I ricercatori dell'International Drug Policy (IDP) chiedono ai governi di decriminalizzare i reati minore per l'uso, il possesso e la cessione di piccole dosi di sostanze.

Infatti è provato che la penalizzazione di tali comportamenti ha avuto effetti dannosi sulla salute, il benessere ed i diritti umani dei consumatori e, più ampiamente, della popolazione generale.

Sulla scorta dell'evidenza che deriva dalla decriminalizzazione della cannabis in alcuni stati europei, USA e Uruguay, i commissari dell'IDP suggeriscono ai governi del resto del mondo di cogliere questa opportunità per comprendere e studiare i benefici sulla salute, sull'economia e sulla diminuzione delle incarcerazioni per valutare l'impatto di tale strategia in quanto non si sono registrati aumenti del consumo di droga.

Il rapporto dell'IDP, pubblicato il 24 marzo 2016, conferma anche che il maggior contributo all'aumento delle infezioni tra gli utilizzatori di droga è il carcere e la loro esclusione sistematica dai programmi di prevenzione per l'HIV e l'epatite C.

È proprio nelle carceri ove si riscontra la maggior prevalenza di contagi di epatiti C. È errata l'idea che tutti i consumatori di droghe ne facciano "abuso" e l'astinenza improvvisa può comportare l'aumento di HIV, HCV e TBC nei paesi in cui non si fornisce la terapia sostitutiva.

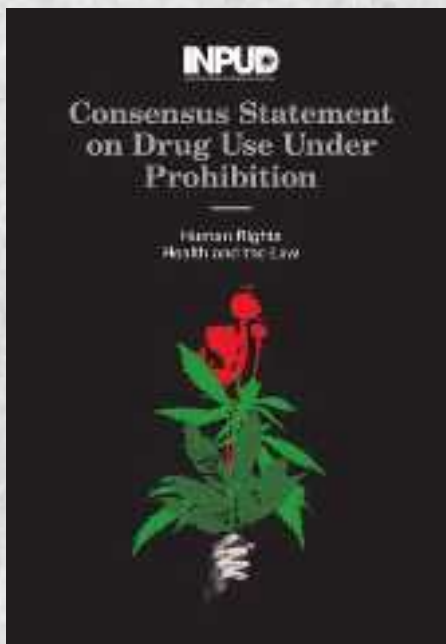
Chris Beyrer, MD (Presidente dell'IAS) et al.
Public health and international drug policy.
The Lancet, March 2016 DOI:
10.1016/S0140-6736(16)00619-X

OMS

Pubbligate dall'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) le linee guida per la riduzione di mortalità e morbosità collegate a HIV, HVB, HCV e TBC tra le persone che fanno uso di droghe iniettive.

Queste infezioni, la dipendenza della droga, quella dall'alcool, la denutrizione, le malattie mentali e psicosociali sono bersaglio di queste linee guida anche per le persone che attualmente non si iniettano droghe ma hanno necessità di servizi collegati a tali patologie.

Il documento è indirizzato ai parlamentari e agli esecutivi che si occupano di salute della popolazione generale e, in particolare, del sistema penitenziario. I temi principali sono quelli di stabilire e rinforzare i meccanismi sanitari integrati ed assicurare che lo standard di cura in carcere sia equivalente a quello di tutti i cittadini, anche con l'aiuto dei servizi delle organizzazioni di supporto sociale.



INPUD

Il Network Internazionale delle Persone che fanno Uso di Droghe (INPUD, Londra) ha lanciato una Campagna di Consensus sui diritti non riconosciuti. 28 organizzazioni di altrettanti paesi hanno partecipato alla realizzazione di un video (www.inpud.net/en/inpud-consensus-statement-drug-reporter-film) ove si reclamano i diritti umani e le necessità essenziali degli utilizzatori di droghe ricordando che la guerra è contro la droga e non contro gli esseri umani che ne hanno uso. In molti paesi tali diritti sono calpestati, perfino quello alla vita e alla sicurezza. In alcuni di essi viene applicata la tortura.

Nel video è richiesto l'accesso a servizi medici adeguati con personale dedicato, il diritto di crearsi legalmente una famiglia e quello della genitorialità.

Si chiede anche la libertà di associazione in gruppi spontanei, l'accesso alla giustizia e alla protezione da parte della polizia, alla non criminalizzazione, alla non discriminazione e alla protezione fisica e legale contro la violenza anche sessuale. La dichiarazione è stata presentata all'Assemblea Speciale delle Nazioni Unite lo scorso aprile.

PLUS

Droghe nel sesso gay:

La pratica del *Chemsex* ha assunto proporzioni preoccupanti, soprattutto a Londra e Berlino. In Italia, **Plus onlus** ha lanciato il primo sondaggio per capire il fenomeno, pubblica un opuscolo informativo e apre il BLO Checkpoint a chi desidera aiuto per smettere.

L'uso di droghe durante il sesso tra maschi non è una novità. Negli ultimi anni, però, soprattutto da Londra e Berlino arrivano

segnali di allarme: l'abitudine di passare l'intero fine settimana senza mangiare e dormire e facendo sesso sotto l'effetto di mefedrone, GHB/GBL o metanfetamine sta diventando sempre più comune. E si accompagna a un maggior rischio di infezioni sessualmente trasmesse, incluse quelle da HIV e HCV.

Bisogna perciò diffondere negli ambienti gay informazioni su come usare queste droghe riducendo i rischi per la salute o come riprendere il controllo della situazione se ci si rende conto che l'impatto dell'uso di sostanze sulla propria vita è troppo negativo.

Su questo sta lavorando **Plus**, il network di persone LGBT sieropositive che a Bologna ha aperto a settembre dell'anno scorso il **BLQ Checkpoint**, primo centro italiano per offrire il test HIV e HCV al di fuori dell'ambiente ospedaliero totalmente gestito dalla community. E dove cominciano a presentarsi anche ragazzi gay che desiderano interrompere l'abitudine del chemsex...

Nel Regno Unito, il chemsex e le sue conseguenze sulla salute sessuale sono diventati un'emergenza per la comunità gay, tanto che a Londra il 6-8 aprile si è svolto il primo *European Chemsex Forum* dove si sono incontrati esperti provenienti da tutta Europa e non solo per discutere quali possano essere le migliori strategie per affrontare il fenomeno.

Il concetto centrale è che servono servizi appositamente dedicati: chi ha problemi con l'uso di queste sostanze chimiche, infatti, non si considera "tossicodipendente" e quindi non si rivolge ai normali centri dedicati alle dipendenze da sostanze.

Servono quindi centri che offrano servizi specifici per gestire queste situazioni, come quelli nati negli ultimi anni proprio nella capitale britannica: la clinica *56 Dean street* e il centro *Antidote* sono due importanti esempi di queste iniziative.

Ma qual è la situazione in Italia?

Gli unici dati disponibili sono quelli raccolti da un recente sondaggio di **Plus**, rete di persone LGBT sieropositive.

Su 282 maschi gay che hanno partecipato al questionario, tre su quattro conoscevano il termine "chemsex" e il 25% ha usato alme-

no una volta qualcuna di queste sostanze. Tra costoro, quasi tutti ne hanno usata più di una e un quarto le ha provate tutte.

Da questo primo tentativo di comprendere il fenomeno risulta che non si tratta di qualcosa che riguarda una sparuta minoranza ma di un costume di cui si sente parlare molto e che in non pochi provano.

È però difficile capire quanto l'uso di metanfetamine, GBH o mefedrone nel sesso possa costituire di per sé un pericolo. Di sicuro molto dipende dalla frequenza con cui se ne fa uso.

Come scrive un partecipante alla ricerca di Plus: "Mi è capitato di far *chemsex* una sola volta, abbiamo usato tutte e tre le sostanze e personalmente non ho notato effetti sostanziali a parte l'insonnia e le difficoltà erettive; non sono interessato a riprovare e credo che esistano tanti curiosi come me".

In altri casi, se l'uso è piuttosto frequente si può diventare gradualmente incapaci di trarre piacere dal sesso senza droghe, mentre la vita "da sobri" diventa insopportabilmente noiosa. Così si instaura una vera e propria dipendenza psicologica.

Al di là di questi rischi, naturalmente la perdita delle inibizioni – che è uno degli effetti dell'assunzione di sostanze – porta anche a un minor controllo sulle pratiche sessuali che si fanno.

Difficile imporsi l'uso costante del preservativo in quelle situazioni, così come in alcuni casi può risultare impossibile tenere il conto dei partner sessuali...

Cosa si fa in Italia?

Plus ha lanciato il primo sondaggio per capire il fenomeno, pubblica un opuscolo informativo e apre il BLQ Checkpoint a chi desidera aiuto.

L'associazione, per individuare strategie utili a contenere al massimo i rischi, ha realizzato il primo opuscolo italiano sul *chemsex*.



Basata sulle pubblicazioni di riferimento inglesi e tradotta grazie a un contributo del progetto COPE lanciato dall'EATG, la pubblicazione cerca di far luce sia su come usare le droghe senza farsene sopraffare sia sulle strategie per contenere i rischi per la propria salute sessuale.

L'opuscolo può essere richiesto scrivendo a info@plus-onlus.it oppure può essere scaricato direttamente dal sito www.plus-onlus.it.

Inoltre, il BLQ Checkpoint offre ogni mercoledì la possibilità di fissare un appuntamento per un counselling specialmente dedicato alle persone con HIV e a chi ha problemi con la gestione dell'uso di sostanze.

Si tratta di una ulteriore iniziativa del centro che, ogni martedì e giovedì dalle 18 alle 21, è aperto per offrire i test rapidi HIV e HCV in un ambiente accogliente e non "sanitario".

PLUS:
per prenotazioni e informazioni,
visitare il sito www.blqcheckpoint.it
o chiamare il numero 051 4211857
il martedì e il giovedì dalle 18 alle 21.

DI ARTE E DI PARTE

HIV E VITA

NESSUN'ALTRA MALATTIA COME L'HIV HA EMOTIVAMENTE ATTRATTO L'INTERESSE DEGLI ARTISTI NEL RACCONTARLA ATTRAVERSO LE PIÙ SVARIATE FORME ESPRESSIVE. IN PASSATO, CI SONO STATE MALATTIE DI MODA, QUALI LA PESTE, LA TUBERCOLOSI E LA SIFILIDE, DOVE LA PAURA DEL CONTAGIO HA FATTO, E CONTINUA A FARE, DA TRAIT D'UNION.

IN QUESTO ARTICOLO CI OCCUPIAMO DI "LA VITA NON VISSUTA", ROMANZO OVE L'HIV DIVENTA ESPERIENZA DI VITA CHE SI INSERISCE NELLA QUOTIDIANITÀ CON PROBLEMI E DIFFICOLTÀ, MA ANCHE CON LE SODDISFAZIONI E LA GIOIA CHE FANNO PARTE DELL'ESISTENZA. UNA SORTA DI RICERCA PROUSTIANA DEL TEMPO PERDUTO ATTRAVERSO LA MALATTIA.

NICOLA GARDINI E "LA SUA" VITA NON VISSUTA

Nicola Gardini insegna letteratura comparata a Oxford, è autore di interessanti saggi letterari (fra cui *Rinascimento*, Einaudi, 2010 e *Lacuna*, Einaudi, 2015) e sullo stato della cultura in Italia (*I baroni*, Feltrinelli, 2009), traduce da greco, latino e inglese, oltre a collaborare con *Sole 24 Ore*, *Corriere della sera* e *Times Literary Supplement*. Ma è anche e soprattutto uno scrittore dalla penna consapevole e felicissima, tornando spesso sui temi fondamentali del sé e del rapporto con gli altri, in un superamento dell'autobiografismo che diventa vita di tutti: così avviene ne *Lo sconosciuto* (Sironi/Beat), ispirato dall'Alzheimer che aveva colpito il padre, e poi in *Le parole perdute di Amelia Lynd* (2012) e *Fauci* (2013) entrambi pubblicati da Feltrinelli.

La vita non vissuta riprende i suoi temi fondamentali, che si potrebbero riassumere nella triade: generazione, degenerazione e

rigenerazione; ma in un contesto diverso e per certi versi insolito: è la storia, infatti, di Valerio, affermato professore universitario, che abbandona un vita di sicurezze (cattedra in America, moglie, figlia) per riscoprire la propria omosessualità nell'amore per un giovane artista di nome Paolo.

Assieme alla nuova esistenza col ragazzo, però, arriverà anche la convivenza con una rivelazione terribile e disturbante: sono entrambi sieropositivi.

Quando Valerio lo incontrò in aereo, seppa subito che lui e quello sconosciuto erano "biologicamente predestinati". Inevitabile a quel punto voltare pagina e lasciare tutto: la moglie, la figlia, il ruolo di professore...

Quello che ancora non sapeva era che la malattia li avrebbe uniti, persino più dell'amore.

Esprime dolore *La vita non vissuta* (edito da Feltrinelli, 2015), che sin dalle prime pagine è pervaso dal virus di un amore malato.

Pascoli scriveva nei suoi *Canti di Castelvecchio*: "Ma la vita, senza il pensiero della morte, è un delirio..."; e così riporta Nicola Gardini in epigrafe nel suo romanzo: un romanzo moderno, un diario frammentario, attuale, una continua lotta tra *pulsione di vita e di morte*, necessaria al quotidiano.

Il dolore che trasuda dall'opera è ancora più angoscioso perché contenuto e moderato dalla coscienza di sé e della propria condizione. Senza cedere al sentimentalismo,

invita a riflettere, ponendoci di fronte a quelle domande che mai vorremmo porci.

La malattia è centrale in questo romanzo, ma questo non vuol dire che il punto di vista dell'autore sia negativo. Ci sono gli amori difficili, le domande che non si ammettono neppure a se stessi, la morte che incombe, l'imprevedibilità della vita, i viaggi, l'arte, le letture, gli amici e le piccole soddisfazioni quotidiane.

"Una storia si può raccontare solo quando si capisce che la propria condizione non è ridicibile a una definizione di vocabolario", dice Valerio.

Anche la dedica iniziale recita "ai malati", e tutta la riflessione del libro serve a far comprendere l'ambivalenza intrinseca di questa condizione, la sua mai completa definizione e il suo continuo mutamento.

"Il malato è come una traduzione: è eterno stato di passaggio in cui avverti, però, sia la presenza che l'arrivo (...) e il guadagno e la perdita si contendono il primato senza arrivare mai a un accordo definitivo".

L'autore sembra suggerire che si possa trovare una condizione di contentezza nell'essere malati.

EROS E THANATOS

Freud, nella sua opera omonima, tratta le pulsioni della vita e della morte, e della loro interazione che produce i cambiamenti della vita umana. Partendo da questa dialettica, si affronta il rapporto con gli altri e con se stessi, attraverso l'agire costruttivo e distruttivo dell'individuo. Esiste uno spazio in cui Eros e Thanatos, a dispetto delle icone multimediali che sfidano la morte, amano il rischio e si espongono ad azioni eclatanti, nel tentativo di aumentare la sensazione della vita in modo euforico, che si chiama letteratura.

È nella letteratura, e nei personaggi come Valerio, che si riconosce quanto più coraggio ci vuole nell'affrontare gli impegni quotidiani e la propria stessa psiche, piuttosto che esibirsi in *prove estreme* che sono, spesso, fughe dall'ammissione della propria inadeguatezza nei confronti della realtà.

Nel diario di Valerio emerge il suo conflitto, annoso e irrisolvibile all'apparenza, della sua personalità. Lui, infatti, a dispetto di un matrimonio felice e di una figlia, non riesce a

dimenticare, nonostante i molti anni ormai trascorsi, un amore giovanile (il primo e forse anche l'ultimo). Passati gli anni, e messa su famiglia, Valerio, per uno strano gioco del destino, conosce Paolo: i due si piacciono, si scambiano i numeri di telefono e cominciano a frequentarsi una volta arrivati in Italia.

A differenza del primo amore, il protagonista stavolta si mette in gioco e dà precedenza alla propria identità in nome della libertà, senza il filtro delle ipocrisie. Lascia la moglie e affronta una nuova vita, perché per troppo tempo il suo pensiero sull'amore è stato quello di uno *"(...) sforzo di identificazione, seppure ci si identifichi con un fantasma che con l'altro reale non ha nulla a che vedere; uno che nemmeno sa di noi e dei nostri sentimenti."* È un amore adolescenziale, quello di Valerio, dove si soffre e si cerca l'approvazione del partner, dimenticandosi di sé, e dimenticandosi pure che l'identificazione è sproporzionata e univoca, perché spesso non si è corrisposti. Dopo la parentesi eterosessuale, per Valerio l'amore diventa un gioco compiuto di equilibri: *"Se però l'immagine se la crea una seconda persona, pur diversa – necessariamente diversa –, e ha la pretesa che sia la stessa, allora nasce qualcosa di vero; invisibile, ma vero."*

L'Eros è ritrovato. La relazione con Paolo è appagante in ogni senso e sotto ogni aspetto. Per Valerio è come una meritata e stupenda novità. Di qui, la sua voce è tranquilla, quasi leziosa e superficiale: parla dell'attrazione come unica verità, della psicanalisi come scemenza, del destino come *condizione delle cellule*; il racconto stesso non manca di episodi frivoli ma che, come in ogni rapporto di coppia, si caricano al punto tale da diventare piccoli melodrammi.

Nel mezzo di una lezione universitaria, Valerio è interrotto da una telefonata di Paolo, che non riesce a trattenere lo sconforto: ha appena scoperto di essere sieropositivo. Valerio ammutolisce. È sconvolto. Rimane per un breve periodo in una specie di limbo, tra speranza e rassegnazione. Compiute di lì a poco le analisi, l'esito è lo stesso.

Irrompe Thanatos: la minaccia, la paura. È da questo punto in poi che la voce e il racconto cambiano: lo spettro della morte si insinua nel linguaggio, che diventa più analitico, descrittivo e oggettivo; anche il lessico, che raccoglie termini medici e scientifici, e considerazioni sull'HIV, su come la malattia e le sue cure siano evolute nel tempo. La mente di Valerio subisce una trasformazione: da

uno stato passivo (da chi vive la propria vita senza nemmeno accorgersene) a uno più attivo, in cui ci si percepisce all'interno di ogni attimo.

"Quante cose desidero fare e quante di queste non le avevo ancora fatte per nulla o le avevo fatte solo in parte o male, o avevo smesso completamente di farle? (Si chiede Valerio). Quanto, se non mi affrettavo a recuperare, era già morto?"

Alle distratte considerazioni sul destino si sostituiscono dure e severe riflessioni sulla propria condizione, dove con una fredda analisi si rimette in discussione ogni singo-

normalità, finché Valerio si accorge che la sua è una condizione unica:

"Il malato è uno che sa che qualcosa è accaduto; e che lui è la viva espressione di quell'accadimento, ora e per sempre."

Non si tratta di un elogio alla malattia, ma di un'esaltazione della vita attraverso il pensiero della morte.

"Io so, però, che certi giorni sono contento di essere malato" è il pensiero che conclude e che dà il senso a ogni sofferenza, facendo sì che Valerio possa guardare indietro, senza più paura, al tempo andato e alla sua *vita non vissuta*.



la parte della propria vita. In questa nuova fase di sé e del mondo esterno sotto una nuova luce, tetra e incerta, Valerio si affida ai classici, latini e greci, in cui ritrova conforto e saggezza. La scrittura stessa pare nobilitarsi, convincendosi inoltre che *"il malato deve, a posteriori, inventarsi un destino, proprio come Dante nella Vita Nuova."*

Il romanzo entra così nella sua parte più riuscita ed emozionante. La malattia è estenuante, ma l'amore fra i due protagonisti si fortifica, proprio come il sistema immunitario si comporterebbe per combattere il virus. Gli anni passano, la malattia rimane nei suoi santuari ed è silente. Tutto scorre nella

Si imparano tante cose da questo libro che è bene che tutti sappiano: la differenza (tanto confusa) fra HIV e AIDS, il fatto che non riguarda solo i gay (*"Il marito va a puttane e ritorna a casa col virus, e infetta la moglie. Un classico"*), quale sia l'iter da seguire una volta scoperta la diagnosi, quanto possa essere "normale" un'esistenza da sieropositivi, ecc. Non è un manuale, ma un utile richiamo alla prudenza della vita.

Un messaggio di cui Valerio vuole farsi portavoce: *"Io vorrei che una simile contrapposizione tra malattia e salute smettesse di esistere... (...) perché la malattia cominci a essere considerata una condizione necessaria alla vita."*

EUROPA: L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ

QUESTA RUBRICA È DEDICATA ALLE POSIZIONI E AGLI IMPEGNI DEGLI ATTIVISTI SULLE POLITICHE SANITARIE IN AMBITO EUROPEO.

NUOVI APPROCCI PER LA PrEP

Le evidenze confermano che la profilassi pre-esposizione o PrEP funziona. Assumere una combinazione di tenofovir ed emtricitabina quotidianamente riduce il rischio di acquisire l'HIV. La PrEP è già disponibile negli USA sin dal 2012 e fino ad oggi è stata approvata anche in Kenya, Sud Africa, Israele, Canada e Francia. A livello europeo, la Agenzia del farmaco EMA sta esaminando la richiesta di estensione dell'autorizzazione al commercio di Truvada® per includere l'indicazione per la profilassi pre-esposizione; una risposta è attesa prima dell'estate.

Ma il semaforo verde dell'EMA non risolve tutti i problemi. Ci sono altre questioni da risolvere per avere realmente disponibile questo ulteriore strumento di prevenzione dell'infezione da HIV. Ad esempio, occorre stabilire chi sarà incaricato di prescrivere la PrEP, se gli specialisti ospedalieri e universitari di malattie infettive o altri professionisti sanitari. E, soprattutto, comprendere come riuscire a rendere l'impiego di costosi farmaci antiretrovirali per la prevenzione dell'infezione da HIV compatibili con le ristrettezze che i sistemi sanitari europei stanno affrontando.

Dopo l'approvazione in Francia, infatti, una importante battuta di arresto si è avuta invece con la posizione delle autorità britanniche (National Health Service - NHS) che, lo scorso 21 marzo, hanno deciso di rinviare l'introduzione della PrEP per motivi economici.

Il farmaco attualmente in uso come PrEP - il Truvada® - è una combinazione a dose fissa di tenofovir disoproxil fumarato (o TDF) ed emtricitabina (indicata anche come FTC). Ma sono stati condotti studi con risultati positivi - seppur meno definitivi - anche utilizzando solo il TDF, mentre altri studi condotti prevalentemente nell'ambito del trattamento dell'infezione da HIV mostrano una buona equivalenza tra l'emtricitabina e la lamivudina (o 3TC).

Queste informazioni risultano utili per motivi economici. In molti paesi a basso reddito, infatti, la combinazione di TDF e 3TC - realizzata da industrie di farmaci generici - è molto più diffusa rispetto a TDF/FTC. Inoltre, anche in alcune nazioni a reddito medio o alto, a seconda della data di scadenza del brevetto locale, la combinazione TDF/3TC potrebbe essere disponibile in versione equivalente (o generica) prima di TDF/FTC.



La Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e il programma delle Nazioni Unite per l'AIDS (UNAIDS) hanno organizzato a marzo 2016 un apposito meeting per discutere la possibilità di usare la combinazione di TDF e lamivudina come profilassi pre-esposizione. Già da tempo negli schemi per il trattamento dell'infezione da HIV raccomandati dall'Oms, le due combinazioni di TDF con 3TC o FTC sono considerate equivalenti.

La consultazione organizzata quest'anno ha chiamato un gruppo di esperti - inclusi membri dello European AIDS Treatment Group in rappresentanza delle persone con HIV - per discutere se questa equivalenza possa essere estesa anche all'uso come profilassi pre-esposizione.

Ma all'esame c'era anche la possibilità di usare solo il TDF come PrEP. Infine, una ulteriore questione ha riguardato le donne

in gravidanza e l'analisi dei dati relativi alla sicurezza dell'uso di questi farmaci per le mamme in attesa o in allattamento.

Le conclusioni delle due giornate di discussione saranno incluse nelle nuove raccomandazioni relative alla PrEP che l'Oms conta di pubblicare prima della fine di quest'anno. Ma un documento tecnico sull'uso di farmaci alternativi al Truvada® come PrEP dovrebbe essere disponibile già nel mese di luglio, in occasione della Conferenza AIDS di Durban, in Sud Africa.

INVECCHIARE CON L'HIV: UN'INIZIATIVA EATG

Uno dei più grandi successi nella storia del trattamento dell'HIV è che le persone che vivono con l'infezione invecchiano! L'allungamento delle aspettative di vita registrato rispetto a 20 anni fa consente a molti uomini e donne sieropositivi di affrontare tutte le questioni legati alla vecchiaia. Ecco che sopraggiungono altre malattie - che richiedono spesso ulteriori trattamenti farmacologici - oltre alle fragilità tipiche in queste fasce di età. Si tratta di problematiche che, al pari di quelle relative alla disponibilità dei farmaci, devono essere affrontate con l'attivo apporto della community; serve che le persone con HIV e le associazioni che le rappresentano partecipino alla ricerca in questo campo, portando con competenza l'attenzione dei ricercatori sulle istanze più rilevanti.

A metà strada tra un training e una conferenza di approfondimento, lo European AIDS Treatment group ha organizzato dal 31 marzo al 3 aprile a Berlino il primo appuntamento del progetto *Ageing with HIV* (www.ageingwithhiv.com). Oltre 90 partecipanti da diverse parti d'Europa e del mondo si sono ritrovati per discutere 37 presentazioni dei maggiori esperti mondiali per la ricerca in questo campo. I temi toccati sono stati diversi: dal test HIV per le persone oltre i 50 anni di età



(fascia nella quale si registra in molti paesi un incremento delle nuove diagnosi di infezione) al problema delle co-morbidità (ovvero la presenza contemporanea di più malattie) e il relativo incremento delle terapie da assumere; ma anche stigma e salute mentale, così come la necessità di cure palliative e interventi di fine-vita, hanno sollevato diverse questioni ancora aperte.

La conferenza è riuscita a porre l'attenzione su alcuni temi di particolare rilevanza. Ad esempio, la maggior parte dei farmaci HIV sono sperimentati su una popolazione tendenzialmente giovane. Sono pochi gli studi, anche successivi all'immissione in commercio del farmaco, che analizzino gli effetti di questi composti su uomini e donne ultracinquantenni. Eppure ci sono specifiche problematiche legate ad esempio al naturale cambiamento nella funzionalità renale che si registra spesso oltre una certa età, senza contare che l'assunzione di terapie anche per altre patologie espone al rischio di interazioni farmacologiche. La necessità di avere studi specifici in questo campo è emersa come un elemento in cui l'advocacy delle associazioni deve farsi sentire.

Ma in molti casi la qualità della vita e la salute mentale insieme all'isolamento sociale che sembra essere più frequente oltre una certa età condizionano l'efficacia della terapia antiretrovirale e il benessere complessivo della persona con HIV anziana in maniera forse addirittura più importante.

A mettere insieme salute fisica e benessere mentale, il beneficio derivante da uno stile di vita salutare: continuare a fare un minimo di attività fisica, curare l'alimentazione e ridurre o eliminare il fumo di sigaretta possono essere interventi efficaci su entrambi i piani. Lo dimostra il fatto che due persone

entrambe 70enni con quadri di malattie simili possono avere uno stato di salute molto differente: come è stato più volte sottolineato alla conferenza berlinese, l'età è un pessimo indicatore dell'invecchiamento. Per inquadrare la questione è utile fare ricorso al concetto di *frailty* o fragilità che misura più che l'invecchiamento in sé, quanto questo incida sullo stato di benessere della persona. Un campo ancora in espansione – soprattutto nell'ambito dell'infezione da HIV – ma nel quale il contributo delle associazioni è molto importante.

Il progetto *Ageing with HIV* dell'EATG prosegue in altre due parti: nella seconda, saranno affrontati i temi relativi ai bambini e adolescenti con HIV mentre la terza si focalizzerà sulle fasce di età centrali, dai 20 ai 50 anni. Entrambe prevedono un calendario di webinar con una conferenza finale. Il programma dettagliato, le registrazioni dei webinar e le presentazioni della conferenza che si è svolta a Berlino sono disponibili sul sito www.ageingwithhiv.com, mentre per tutte le news si può fare riferimento alla relativa pagina Facebook.

STIGMA HIV NEL MONDO GAY

È purtroppo ben noto e supportato da evidenze che lo stigma correlato all'HIV ha un impatto negativo molto forte sulla qualità della vita di chi vive con l'infezione. Le strategie per superare lo stigma sono complesse, e in genere riguardano interventi educativi nei

confronti della società in generale. Ma come funzionano le cose nei gruppi gay? Esiste uno stigma contro l'HIV nell'ambiente omosessuale maschile? E, in questo ambito, le persone con HIV che si dichiarano incontrano più problemi di chi preferisce non far conoscere il proprio stato? Per cercare di rispondere a queste e ad altre domande correlate, l'associazione di persone LGBT sieropositive Plus lancia un sondaggio rivolto soprattutto agli uomini omosessuali e bisessuali italiani sia che abbiano avuto una diagnosi di sieropositività oppure no.

La ricerca si intitola *ConvHIVere gay + e - Parliamo di noi stessi?* e consiste in un questionario completamente anonimo disponibile sui siti www.plus-onlus.it e www.lelleri.it/plus la cui compilazione richiede circa 20 minuti.

Il questionario è stato sviluppato dal sociologo Raffaele Lelleri sulla base della letteratura scientifica disponibile. I temi affrontati riguardano sia il rapporto con i propri amici gay di riferimento sia come l'HIV viene affrontato in questo ambito; alcune domande vanno ad analizzare la percezione delle persone rispetto al proprio o altrui stato di sieropositività.

I risultati della ricerca, che è stata possibile grazie a un contributo non condizionato di ViiV Healthcare srl, saranno presentati in conferenze internazionali e saranno oggetto di una pubblicazione, oltre ad essere disponibili sui siti www.plus-onlus.it e www.lelleri.it/plus, da cui è anche possibile accedere al questionario.



SUGLI INIBITORI DELLA PROTEASI

ATAZANAVIR/COBICISTAT (EVOTAZ®)

Nel breve sarà a disposizione delle persone con HIV anche in Italia un altro inibitore delle proteasi co-formulato con il potenziatore farmacocinetico (booster).

Caratteristiche e indicazione

La nuova compressa rivestita da film contiene 300 mg di atazanavir (ATV) e 150 mg di cobicistat (COBI) rivestita con film.

La dose raccomandata è di una compressa, assunta per via orale con il cibo, una volta al giorno. In particolare:

- *Atazanavir* è un azapeptide inibitore delle proteasi HIV-1 (PI). Il composto blocca selettivamente l'elaborazione virus specifica delle proteine virali gag-pol nelle cellule infettate da HIV-1, prevenendo così la formazione di virioni maturi e l'infezione di altre cellule.
- *Cobicistat* è un inibitore selettivo non reattivo dei citocromi P450 della sottofamiglia CYP3A. L'inibizione del metabolismo mediato da CYP3A da parte di cobicistat aumenta l'esposizione sistemica dei substrati di CYP3A, come atazanavir, la cui biodisponibilità è limitata e l'emivita è più breve a causa del metabolismo CYP3A-dipendente.

Il nuovo farmaco combinato è indicato in associazione con altri medicinali antiretrovirali per il trattamento di persone adulte con HIV-1 senza mutazioni note associate a resistenza ad ATV.

Dati a supporto

L'approvazione dell'agenzia europea dei medicinali (EMA) si è basata su uno studio di fase III (Studio 114) randomizzato che ha confrontato ATV+COBI + TDF/FTC con ATV+RTV+TDF/FTC.

Sono stati arruolati 692 pazienti adulti, con infezione da HIV-1, naive alla terapia antiretrovirale e con clearance stimata della creatinina al basale superiore a 70 mL/min.

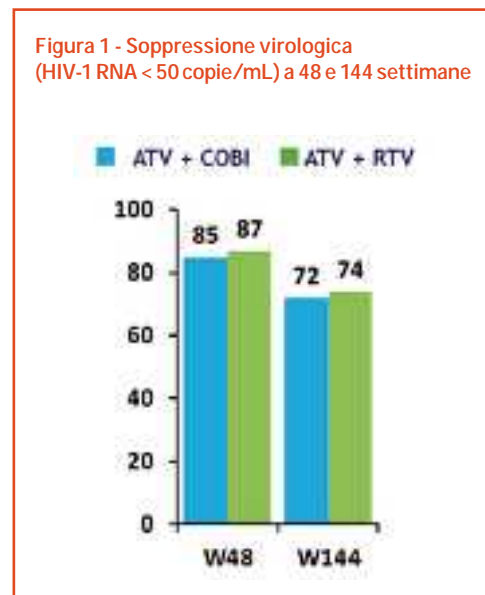
In sostanza, il disegno dello studio ha consentito di confrontare l'efficacia di regimi terapeutici equivalente, ma con un diverso potenziatore farmacocinetico: il *cobicistat* versus il *ritonavir*.

La soppressione virologica (carica virale < 50 copie/mL) a 48 settimane si è avuta rispettivamente nell'85% versus l'87% dei casi, raggiungendo così la non inferiorità come ci si era preposti (margine del 12%).

A 144 settimane, essa si è mantenuta nel 72% versus il 74% dei casi (vedi Fig.1). La crescita finale dei CD4 è stata di 310 versus 332 cellule.

A 48 settimane, la stratificazione al basale per carica virale maggiore o minore di 100.000 copie/mL e quella per CD4 maggiore o minore di 350 cellule non ha portato a variazioni significative sul successo viro-immunologico.

Figura 1 - Soppressione virologica (HIV-1 RNA < 50 copie/mL) a 48 e 144 settimane



Profilo di sicurezza: fegato e reni

Le reazioni avverse di atazanavir potenziato con cobicistat sono state in linea con il profilo di sicurezza di atazanavir potenziato con ritonavir.

Le reazioni avverse segnalate più frequentemente con atazanavir potenziato con cobicistat sono state associate a un aumento dei livelli di bilirubina.

Una percentuale maggiore di pazienti del gruppo potenziato con cobicistat ha presentato un aumento della bilirubina totale > 2 x ULN rispetto ai pazienti del gruppo potenziato con ritonavir (88,0% versus 80,9%).

Tuttavia, la frequenza di interruzione del medicinale sperimentale a causa di eventi avversi correlati alla bilirubina è stata bassa e simile nei due gruppi (4,9% nel gruppo potenziato con cobicistat e 4,0% nel gruppo potenziato con ritonavir).

Un aumento > 3 x ULN di alanina aminotransferasi o aspartato aminotransferasi è stato registrato nel 12,8% dei soggetti del gruppo potenziato con cobicistat e nell'9,0% del gruppo potenziato con ritonavir.

È stato dimostrato che cobicistat riduce la clearance stimata della creatinina a causa dell'inibizione della secrezione tubulare della creatinina.

L'aumento della creatinina sierica dal basale unicamente a causa dell'effetto inibitorio di cobicistat non supera generalmente i 0,4 mg/dl.

Nello studio GS-US-216-0114, le riduzioni della clearance stimata della creatinina si sono verificate precocemente durante il trattamento con cobicistat e, successivamente, si sono stabilizzate.

La variazione media (\pm DS) della velocità di filtrazione glomerulare stimata (*estimated glomerular filtration rate*, eGFR) con il metodo di Cockcroft-Gault dopo 144 settimane di trattamento è stata $-15,1 \pm 16,5$ ml/min nel gruppo con cobicistat e $-8,0 \pm 16,8$ ml/min nel gruppo con ritonavir.

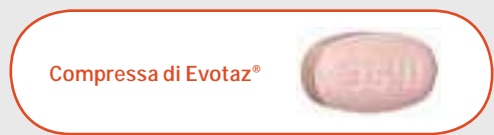
Valutazione conclusiva

EVOTAZ® è una combinazione a dose fissa di atazanavir 300 mg con il potenziatore farmacocinetico cobicistat 150 mg. Gli studi clinici ne hanno dimostrato:

- **La bioequivalenza rispetto ai singoli componenti somministrati una volta al giorno.**

- L'efficacia di ATV/COBI in pazienti adulti con HIV-1, naïve, è **non inferiore rispetto ad ATV potenziato con ritonavir**, nel raggiungimento dell'efficacia virologica a 48 e 144 settimane.
- Il **profilo di sicurezza di ATV/COBI è comparabile** al profilo di sicurezza di ATV potenziato con RTV, nel follow-up fino a 144 settimane.

Pertanto EVOTAZ® rappresenta un'alternativa terapeutica che, rispetto a quelle attualmente disponibili, consente un numero inferiore di compresse da assumere, in mono-somministrazione quotidiana.



Riferimenti bibliografici

- Gallant JE, Koenig E, Andrade-Villanueva J, et al. *Cobicistat versus ritonavir as a pharmacoenhancer of atazanavir plus emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate in treatment-naïve HIV type 1-infected patients: week 48 results. J Infect Dis. 2013;208:32-9.*
- Gallant JE, Koenig E, Andrade J, et al. *Efficacy and safety of cobicistat compared to ritonavir as pharmacoenhancer for atazanavir plus emtricitabine tenofovir DF: week 144 results. J Acquired Immune Dedic Syndr. 2015; 69(3): 338-340.*

DARUNAVIR/COBICISTAT (REZOLSTA®)

Già disponibile anche nel nostro paese la co-formulazione dell'inibitore delle proteasi darunavir, associato al potenziatore farmacocinetico cobicistat.

L'edizione del 2015 delle *Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1* raccomandano, in caso di particolari condizioni, come difficoltà di aderenza alla terapia o necessità di iniziare il trattamento prima della disponibilità del risultato del test di resistenza, l'inizio della terapia antiretrovirale con regimi a base di darunavir/ritonavir (DRV/r) o darunavir/cobicistat (DRV/COBI).

La co-formulazione DRV/COBI, oltre all'alta barriera genetica e alla buona tollerabilità, comporta diversi vantaggi (es. riduzione di errori di somministrazione, riduzione del numero di compresse), e viene quindi considerata utilizzabile in modo indifferente rispetto a DRV+r, ad eccezione del suo utilizzo in gravidanza, al momento non raccomandato per la presenza di COBI a causa della mancanza di dati in tale contesto.

Darunavir/cobicistat (800 mg/150 mg, Rezolsta®) si assume in un'unica compressa (vedi Fig.1), una volta al dì e con cibo. È indicato per adulti di almeno 18 anni di età.

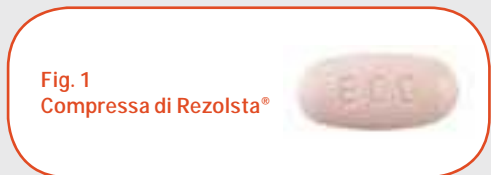


Fig. 1
Compressa di Rezolsta®

Fig. 2 – Bioequivalenza tra Rezolsta® e Prezista®/r.

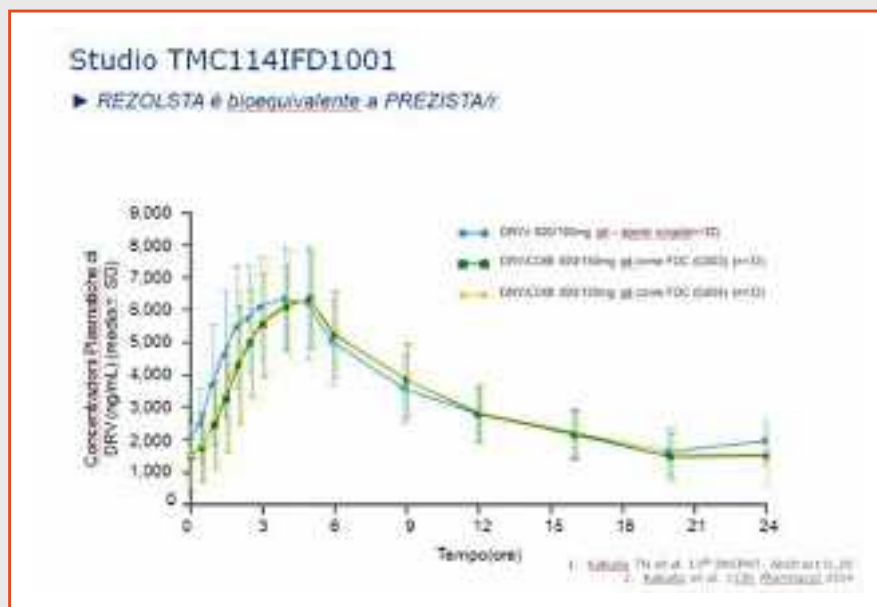
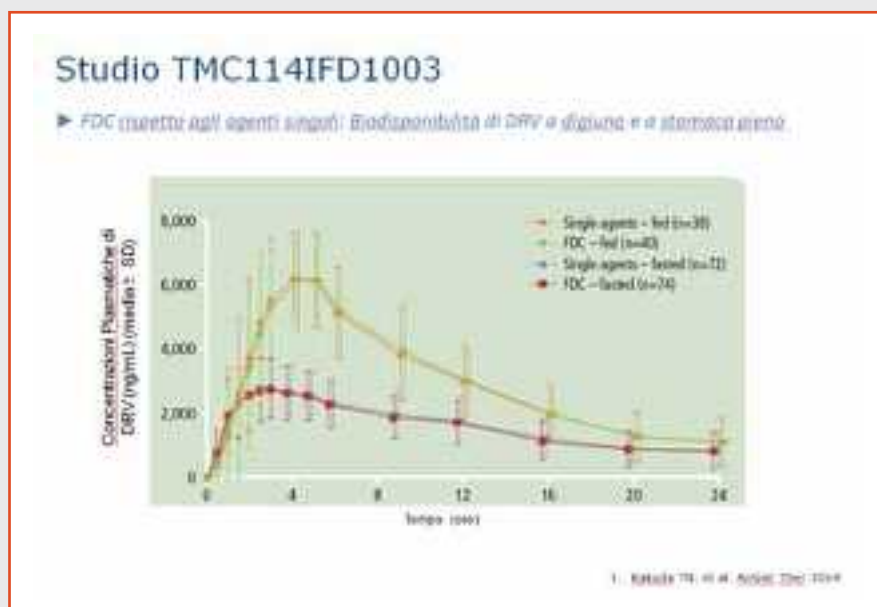


Fig. 3 – Biodisponibilità di DRV in Fixed Dose Combination rispetto ai singoli agenti.



Farmacocinetica

La bioequivalenza tra DRV/COBI 800/150 mg rispetto alle compresse separate DRV/r 800/100mg (Prezista®/Norvir®), è stata verificata grazie a due studi di farmacocinetica, in volontari sani (TMC114IFD1001 e TMC114IFD1003), allo stato stazionario e a stomaco pieno (vedi Fig.2 e Fig.3).

Dopo la somministrazione orale di DRV/COBI, darunavir è rapidamente assorbito con un massimo di concentrazione ottenuta generalmente dopo 3-4.5 ore. DRV/COBI va assunto con cibo, essendo, in queste condizioni, l'esposizione relativa di DRV, 1.7 volte più alta rispetto alla somministrazione a digiuno.

Efficacia

L'efficacia clinica di DRV/COBI 800/150 mg è stata dimostrata nello studio GS-US-216-0130, di fase IIIb, multicentrico, a singolo braccio, nel quale sono stati arruolati 314 pazienti adulti (295 ART-naïve e 18 pre-trattati senza mutazioni associate a resistenza a DRV [RAMs]). 313 pazienti (popolazione ITT) hanno ricevuto almeno una dose di DRV/COBI 800/150 mg QD co-somministrati come agenti singoli assieme a 2 NRTI completamente attivi.

Alla settimana 24, la percentuale media di aderenza al trattamento di DRV/COBI è stata pari al 99,0%, con il 99,2% di aderenza nei pazienti naïve ed il 97,3% nei pazienti pre-trattati. Queste percentuali sono superiori a quelle riportate nello studio ARTEMIS, nel quale variavano tra l'82 e l'89,4% nel braccio dei pazienti trattati con DRV/r.

Alla settimana 48, la co-somministrazione di DRV/COBI assieme a due NRTI attivi ha prodotto un **tasso di risposta virologica**, definita come carica virale plasmatica (VL) <50 copie/mL, **pari all'81% sul totale dei pazienti e all'83% dei soli pazienti naïve** (algoritmo FDA Snapshot).

Come nell'ARTEMIS, le risposte virologiche erano simili indipendentemente dalla carica virale al basale.

Si è, inoltre, registrato un incremento nel numero delle cellule T CD4+ a tutti gli intervalli temporali dello studio (a 48 settimane, +167 cellule/ μ l nella popolazione totale).

Rene

Nello studio GS-US-216-0130 **non sono state rilevate anomalie che possano fare ipotizzare disfunzione del tubulo renale prossimale.** L'analisi dei parametri ha, infatti, evidenziato cambiamenti coerenti con i noti effetti inibitori di COBI sulla secrezione della creatina a livello del tubulo renale, senza tuttavia influenzare la filtrazione glomerulare. Inoltre, non sono state riportate anomalie nei marcatori di disfunzione tubulare prossimale.

Analisi di non inferiorità

È stata condotta una *pooled-adjusted analysis* con obiettivo primario di confrontare indirettamente, sulle stesse popolazioni di pazienti, la risposta virologica alla settimana 48 di DRV/COBI QD nello studio di fase IIIb rispetto alla settimana 48 di DRV/r QD osservata nei precedenti studi di fase III.

I pazienti coinvolti erano o *naïve* o *pre-trattati* e privi di resistenza a darunavir (DRV-RAM) al basale.

La risposta virologica osservata alla settimana 48 è risultata pari all'81% per DRV/COBI e al 77% per DRV/r; risultati simili sono stati ottenuti con l'analisi TLOVR.

L'analisi dei dati provenienti dagli studi ARTEMIS e ODIN relativa ai bracci DRV/r 800/100 QD ha mostrato che i tassi di risposta osservati sono stati rispettivamente dell'83% e del 69% con l'analisi Snapshot, dell'84% e del 72% con l'analisi TLOVR.

Valutazione conclusiva

DRV/COBI 800/150 mg (Rezolsta®) ha dimostrato equivalenza a DRV/r 800/100 mg perché ne fornisce gli stessi benefici in termini di efficacia e sicurezza.

Vista la co-formulazione con il potenziatore farmacocinetico, vi sono anche i seguenti vantaggi:

- La garanzia dell'assunzione di **entrambi** i farmaci (darunavir e il suo potenziatore farmacocinetico);
- La riduzione del numero di compresse giornaliere da 2 (darunavir + ritonavir) a 1 (DRV/COBI).

La combinazione DRV/COBI mantiene un'alta barriera genetica e buon profilo di tollerabilità: a questo proposito, è da non dimenticare il fatto che **fornisce un'alternativa ai pazienti intolleranti al ritonavir.**

Direttore Responsabile

Filippo von Schlösser

Redazione

Simone Marcotullio, David Osorio,
Roberto Biondi, Filippo von Schlösser

Comitato Scientifico

Dr. Ovidio Brignoli, Dr. Claudio Cricelli,
Sean Hosein (C), Francois Houyez (F),
Martin Markowitz (USA),
Simone Marcotullio, Stefano Vella
Filippo von Schlösser, Cristina Mussini,
Fabrizio Starace, Giulio Maria Corbelli

Supervisione testi e grafica

David Osorio

Grafica e impaginazione

Simona Reniè

Stampa

Tipografia Messere Giordana - Roma

Editore

Associazione Nadir Onlus
Via Panama, 88 - 00198 Roma
C.F. 96361480583 - P.IVA 078531002

Le fotografie presenti in questo numero non sono soggette a royalties o pagate ove dovute.

La rivista Delta rientra tra le attività istituzionali dell'associazione Nadir Onlus, attività di utilità sociale non a fini di lucro, il cui scopo primo è l'informazione/formazione a favore delle persone sieropositive.

Le opinioni espresse all'interno della presente pubblicazione sono di esclusiva responsabilità degli autori dei relativi articoli e sono comunque soggette all'approvazione del comitato scientifico e redazionale della rivista.

Sito web di Nadir - www.nadironlus.org

È possibile abbonarsi gratuitamente a Delta collegandosi al nostro sito e compilando l'apposito modulo o scrivendo all'indirizzo della nostra Associazione, riportato qui sopra. È possibile scrivere alla redazione di Delta, per qualunque segnalazione, utilizzando la seguente e-mail: redazione@nadironlus.org.

Realizzato con il contributo non condizionato di
Bristol-Myers Squibb