

DALL'UNIVERSALE AL REGIONALE

Come noto, l'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto inalienabile e fondamentale della Salute e garantisce le cure a tutte le persone sul suolo italiano.

La volontà del Costituente appare ferma e senza possibilità di equivoci, in quanto sancisce il diritto della collettività di essere tutelata e quello della dignità umana. Si ispira al principio di "insiemità", di "togetherness" del liberalismo storico che non può essere limitato da alcuna legge, norma o decreto.

Come viene applicato in Italia?

Malgrado l'aggiornamento dei LEA con DPCM 12/1/2017 a garanzia della mobilità sanitaria interregionale, vi sono patologie che non passano la frontiera della propria regione. Ad esempio, chi ha depressione cronica diagnosticata, incontrollabile, con manifestazioni violente, o chi ha il TSO se non risiede ufficialmente nella regione ove manifesta il proprio stato mentale, non può accedere a un percorso di cura. Altrettanto vale per i percorsi continuativi, per l'assistenza domiciliare, per le terapie riabilitative.

Il cosiddetto RR: regalo Renzi. Le recenti statistiche affermano che circa il 46% delle persone in Europa, vive situazioni di disagio mentale. La metà di queste non ne è consapevole.

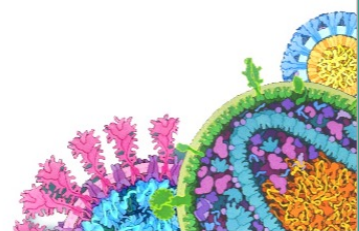
In Italia gli operatori chiamati ad assistere, possono dichiararne la gravità differibile in quanto le amministrazioni locali non hanno confermato il diritto alla cura urgente fuori regione.

Dove sono i vantaggi del cambiamento, oltre l'ampliamento della lista di patologie incluse nei LEA?

Finché non saranno chiariti questi aspetti amministrativi, l'autonomia delle Regioni e delle province può negare di fatto, il principio costituzionale del diritto fondamentale alla salute.

A nulla vale dimostrare di avere il domicilio sanitario nella città ove si richiede quell'assistenza che può pesare sui conviventi. In questo caso si è piemontesi, veneti, marchigiani... poco italiani, non europei.

**CROI
2026**



 **UNAIDS** 



CROI 2026

ANNUS TERRIBILIS

CROI, conferenza scientifica per eccellenza, quest'anno si è tinta di umanità e la ricerca si è dedicata a fornire risposte ai più vulnerabili che, finalmente da "arruolati" hanno guadagnato la definizione di "persone".

Ilesh Jani, ministro della Salute, Mozambico, all'apertura, ha affermato che il primo problema da risolvere per vincere l'epidemia di IST è quello di monitorare i dati epidemiologici che i paesi occidentali non sono in condizione di raccogliere, ma costituiscono i segnali fondamentali per migliorare la prevenzione e le terapie e indirizzarsi alla pianificazione dei servizi che propiziano un ambiente più favorevole a comprendere da dove provengano le sfide delle IST.

Sono due i motivi che hanno spinto la conferenza a definire "annus terribilis" il periodo attuale. Il continuo taglio nei fondi per la ricerca scientifica che ha visto sparire intere strutture, cui però hanno prontamente risposto i ricercatori con 1.028 studi, quantità mai vista dagli anni delle prime scoperte di terapie per sconfiggere l'HIV.

Il secondo motivo è stato l'assurdo taglio di fondi per l'assistenza sanitaria per oltre 60 Paesi a basso reddito, tra cui quelli per l'HIV.

Ambedue rappresentano un danno all'umanità che si rifletterà nei prossimi decenni con la morte di milioni di persone. OMS ha allertato molto spesso i paesi membri e ha già elaborato proiezioni disastrose da un punto di vista umano ed economico per le popolazioni che non hanno più accesso agli aiuti e ai servizi dei caregivers, in tutti i paesi africani.

Le Organizzazioni HIV americane, con la prestigiosa, unica, leadership di AVAC e TAG a cui si è aggiunta la nostra EATG, hanno fatto sentire la propria voce, con argomentazioni forti e convincenti, contro le decisioni di bloccare i finanziamenti per centinaia di studi clinici NIH e il conseguente ritorno all'epoca precedente al 2004, in cui i paesi poveri erano responsabili di esserlo. Senza avere l'accesso a terapie costose per le popolazioni più necessitate,

Nella storia dell'HIV, il mondo non aveva mai raggiunto un numero tanto elevato di persone in terapia fino al 2024, quando le decisioni di fermare gli aiuti internazionali e di bloccare la ricerca hanno obbligato a riflettere sugli eventi che ne deriveranno.

Durante la Conferenza è arrivata la notizia che gli Stati Uniti stavano firmando accordi bilaterali di cooperazione con paesi a basso reddito. Sono tutti documenti coperti da segretezza. Si potrebbe pensare a un dramma risolto, ma nasconde il pericoloso effetto colonialista, già vissuto nel passato recente, in linea con il clima politico internazionale degli ultimi mesi.

Ilesh Jani, ministro della Salute, Mozambico, all'apertura, ha affermato che il primo problema da risolvere per vincere l'epidemia di IST è quello di monitorare i dati epidemiologici che i paesi occidentali non sono in condizione di raccogliere, ma costituiscono i segnali fondamentali per migliorare la prevenzione e le terapie e indirizzarsi alla pianificazione dei servizi che propiziano un ambiente più favorevole a comprendere da dove provengano le sfide delle IST.

Bisogna procedere immediatamente a rimuovere le legislazioni punitive e al controllo genitoriale che rappresenta una barriera per accedere ai test. Jani definisce l'educazione alla sessualità una priorità assoluta che deve iniziare dall'epoca scolare. Raccomanda anche il costante aggiornamento delle linee guida che deve contenere dati sull'antimicrobico resistenza (AMR) e la sensibilità ai farmaci.

A tale scopo è necessaria la collaborazione di tutti gli stakeholders e delle organizzazioni community based, nella creazione di un programma integrato che porti all'azione comune con le organizzazioni del terzo settore, attori fondamentali nella realizzazione degli obiettivi.

L'IDSA DI MARRAZZO

La presidente dell'Infectious Diseases Society of America (IDSA), nella lettura in plenaria, ha precisato che le malattie sessualmente trasmissibili, sottostimate e pericolosamente sottovalutate, rimangono ad alta diffusione mentre i risultati relativi all'HIV migliorano.

Marrazzo ha esaminato gli strumenti innovativi, tra cui DoxyPEP, antibiotico per la gonorrea resistente ai farmaci, e le ricerche sui vaccini, sottolineando al contempo i rischi della resistenza agli antimicrobici e la necessità di un attento monitoraggio.

Ha ribadito che i progressi tecnologici da soli non sono sufficienti. Per porre fine alle epidemie di IST è necessario un rinnovato investimento nella diagnostica,

nella prevenzione, nell'applicazione al mondo reale attraverso sistemi sanitari pubblici basati sull'equità, in particolare per le donne, i bambini e le comunità che continuano a sopportarne il peso maggiore.

QUINDI, DONNE...

ovvero, l'assenza di equità nei loro confronti

UNAIDS stima che nel mondo oltre metà dei 41 milioni di persone con HIV sono donne o giovani ragazze e rappresentano, anche nel lungo periodo, il 45% delle nuove diagnosi. In Africa, in particolare, sono il 63% delle nuove infezioni.

Con il prolungamento dell'età, aumenta l'esposizione alla riattivazione cronica del sistema immunitario e alle patologie associate all'invecchiamento, tra cui la sindrome metabolica, i problemi cardiovascolari, l'invecchiamento del sistema neurocognitivo e di quello osseo

Dalla review degli studi del decennio 2010-2020 sulle problematiche HIV della donna, si è rilevato infatti, che i fattori socioeconomici giocano un ruolo fondamentale nel percorso verso l'invecchiamento, ma la genesi dei problemi di salute si riscontra nelle differenze di genere (**Sonnenberg-Schwan, D'Arminio Monforte et al**).

Malgrado ciò, si conferma negli anni, la tendenza della ricerca a non aumentare la percentuale di donne negli studi clinici, fattore che può aumentare i problemi al momento delle scelte di terapia, soprattutto in presenza di co-patologie i cui farmaci non sono stati studiati.

L'aumento delle IST, sostiene Marrazzo, da una parte incomprensibile, ma reale, è segnato nel 2024:

- Gonorrea: 37% (da 395.000 a 543.000)
- Sifilide: +155%

Altro aspetto da risolvere, sostiene la Marrazzo, sono le condizioni di salute mentale, spesso poco riconosciute o non diagnosticate, e le donne affrontano ulteriori barriere all'assistenza a causa dello stigma associato sia all'HIV che alla salute mentale.

Nello **studio POPPY** nel Regno Unito e in Irlanda, è stata osservata una differenza sorprendente nella proporzione di uomini e donne con sintomi depressivi moderati o gravi (rispettivamente 36% contro 50%), nonché una minore diagnosi e di presa in carico nell'assistenza sanitaria mentale nelle donne.

Per celebrare la Giornata Internazionale della donna, **Journal of the International AIDS Society (JIAS)** riporta a denuncia sulle carenze nei confronti della donna

dallo studio presentato alla CROI: **Navigating the Data Gaps of Aging Among Women Living With HIV** di Caroline A Sabin, Nicoletta Policek, Nomathemba Chandiwana, Anchalee Avihingsanon

Lo studio

La donna che invecchia in presenza di HIV si trova ad affrontare una serie di condizioni non trasmissibili legate all'età, modellate dall'intersezione di fattori biologici, sociali e strutturali. Sebbene rappresentino più della metà della popolazione mondiale che convive con l'HIV, le donne rimangono significativamente sottorappresentate nella ricerca. Persistono, di conseguenza, importanti lacune nella comprensione degli effetti combinati dell'invecchiamento, della menopausa e della cura a lungo termine dell'HIV nelle donne.

Le lacune

Sotto questo aspetto, si delineano le principali differenze di genere nelle comorbidità associate all'invecchiamento, sottolineando la necessità di una ricerca più mirata per comprenderne i fattori determinanti e migliorare le cure personalizzate. Evidenziano come le lacune nelle evidenze possano lasciare i sistemi sanitari impreparati a fornire cure alle donne che invecchiano con l'HIV.

Studi mirati

Per affrontare queste disuguaglianze, delineano le priorità chiave, che includono il coinvolgimento delle donne che vivono con l'HIV come partner di ricerca alla pari, la progettazione di studi che valutino i percorsi specifici per genere verso la comorbidità e la garanzia di un'adeguata rappresentanza delle donne nelle coorti di studio.

Gli autori chiedono inoltre di colmare le lacune nelle prove relative agli impatti dello stigma, della salute mentale, della violenza di genere e dell'onere dell'assistenza sanitaria sugli esiti sanitari delle donne che vivono con l'HIV.

La donna e le violenze

Allo stesso tempo, il mondo sta assistendo a preoccupanti battute d'arresto. In alcuni luoghi, i diritti duramente conquistati vengono revocati, mentre nuove forme di violenza, come l'abuso digitale, sono in aumento.

Per i 676 milioni di donne che vivono entro 50 km da zone di conflitto attivo, i sistemi giudiziari sono in gran parte assenti e i colpevoli agiscono impunemente.

Lo stupro continua a essere usato come arma di guerra, con i casi segnalati di violenza sessuale in aumento dell'87% in soli due anni. Quando i sistemi giudiziari deludono donne e ragazze, le conseguenze vanno ben oltre i singoli casi: la fiducia nelle istituzioni si erode e lo stesso stato di diritto si indebolisce.

TERAPIA

U = U news

Come noto, una persona in terapia ARV efficace non trasmette l'HIV, ma non dal primo giorno di assunzione della terapia. Lo studio di coorte del Johns Hopkins ha elaborato uno studio sul rischio di trasmissione tra le persone con viremia bassa, ovvero <1000 copie e le implicazioni del monitoraggio non frequente della viremia plasmatica.

I ricercatori hanno stimato che con l'HIV RNA > a 200 copie, il rischio di trasmissione sia di 0,6 su 1000 rapporti. Dato che i valori di viremia non sono stabili, lo studio ha rilevato che il tasso di trasmissioni possa aumentare a 1,3% persone/anno in presenza di 200 copie di virus e a 2,9% di persone/anno con viremia a 1000 copie.

Il concetto è valido solo per le coppie assolutamente monogame e non crea un rischio sufficiente da indurre a riflettere sulla rivalutazione dei tempi tra una valutazione viremica e l'altra nelle linee guida di terapia.

LEN /BIC

Una nuova opzione terapeutica a due farmaci con una compressa al giorno sviluppata nello studio **Artistry1** ha dato risultati di mantenimento della viremia a 48 settimane. La combinazione non ha mostrato effetti collaterali inattesi. Solo lo 0,8% dei partecipanti allo studio hanno presentato viremia > o uguale a 50 copie, dato che non rappresenta una variazione statisticamente rilevante rispetto a chi ha proseguito lo studio per oltre 48 settimane (Orkin, Londra).

Si è osservata una diminuzione di colesterolemia rilevante rispetto al gruppo di controllo. Non sono stati rilevati cambiamenti della massa magra o del peso corporeo. I dati sono stati confermati anche dallo studio **Artistry2** sviluppato in South Carolina con braccio di controllo Bictarvy. Gli sperimentatori (Meissner et al) hanno espresso fiducia sull'efficacia a lungo termine della combinazione con soppressione virale in atto, malgrado sia a due farmaci.

NOTA: salvo sorprese in via di applicazione nella vita reale, la nuova formulazione contiene, oltre a bictegrovir, già in uso da anni, un farmaco molto potente e con profilo lipidico favorevole.

Un solo rammarico, quello che la ricerca non sia riuscita a trovare un compagno di viaggio del lenacapavir con emivita altrettanto lunga.

DOR/ISL

La doravirina (Pifeltro) e parte della coformulazione (Delstrigo) è un inibitore non nucleosidico della trascrittasi inversa (NNRTI) di nuova generazione con un'elevata barriera genetica alla resistenza. Islatravir è un inibitore nucleosidico della traslocazione della trascrittasi inversa, capostipite della sua classe considerata tra gli antiretrovirali più potenti.

Lo sviluppo di Islatravir aveva incontrato ostacoli nel 2021, quando alcuni partecipanti a studi sul farmaco hanno riscontrato una diminuzione dei linfociti totali, mantenendo efficacia virologica. Gli sperimentatori avevano stabilito che le dosi utilizzate in quegli studi erano troppo elevate e l'effetto collaterale non è stato osservato utilizzando un dosaggio più basso della nuova pillola combinata.

Merck ha terminato gli studi approvativi con la valutazione positiva del regime a una compressa da assumere una volta al giorno. Contiene 100 mg di doravirina e 0,25 mg di Islatravir, sia come opzione di switch per i pazienti con soppressione virale, sia come trattamento di prima linea.

Nota: potrebbe essere interessante pensare all'utilizzo di questo regime in persone con fallimento virologico, sempre che vi sia buona tenuta immunologica.

VH-499

Il primo studio clinico su questa molecola, la prima della seconda generazione di inibitori del capsido ha mostrato in un campione di 65 persone la capacità di restare attivo nel corpo per oltre 11 settimane, è stato sperimentato in persone senza HIV per studiarne la farmacocinetica. Prescelta la sottocutanea per gli studi successivi (Thakkar, GSK).

Dai primi dati sono state osservate reazioni sul sito dell'iniezione nell'87% delle persone in studio, ma l'intensità varia a seconda del dosaggio. Comunque, non vi è stata alcuna interruzione ed è in studio anche la formulazione orale.

ANTICORPI NEUTRALIZZANTI (mNAbS)

Nella **seconda fase dello studio RIO**, ai partecipanti originariamente trattati con placebo è stata offerta la **terapia sperimentale con mNAbS**. Più della metà di ha risposto con un periodo prolungato di carica virale

bassa o non rilevabile e sono stati in grado di rimandare la ripresa della terapia per più di 20 settimane. Due di essi sono ancora senza terapia antiretrovirale dopo più di un anno.

Gli anticorpi, (**3BNC117-LS**) e **zinlirvimab (10-1074-LS)**. Somministrate due infusioni di entrambi i bnAb a distanza di 20 settimane durante la terapia ART, interrotta dopo 24 settimane è stata interrotta dalla seconda dose di bnAb (Edgar J et al. Altered Viral Kinetics at ATI After Dual LS-bNABs Plus ART: A Preliminary Analysis of RIO Arm, abs 134).

Il motivo per ritardare l'**ATI** di altre 24 settimane nella **seconda fase (RIO B)**, che non era controllata con placebo, era quello di garantire che non fossero rimasti livelli significativi di **bnAbs** nel corpo prima dell'inizio dell'**ATI**.

Comportamento atipico per un farmaco o una terapia ART. Se la carica virale dei partecipanti avesse impiegato molto tempo per "ritornare" a livelli normali, i ricercatori avrebbero compreso che **non era dovuto al fatto che i bnAbs agivano come antiretrovirali sopprimendo il virus, ma perché avevano indotto cambiamenti immunologici da utilizzare per sviluppare ulteriori studi sulla CURA.**

PREVENZIONE HIV IN ITALIA

Con l'autorizzazione al rimborso di cabotegravir in fase di PrEP, l'Italia, finalmente si allinea a Francia, Germania, Spagna, UK, Scozia. Ci auguriamo che le politiche di prezzo richieste dai candidati allo sviluppo di farmaci per la profilassi, spingano alla ricerca di nuovi farmaci utilizzabili a lunghissima durata di azione.

La formulazione di CAB approvata in questi giorni, rappresenta una eccellente opzione iniettabile.

Opzioni in studio

MSD sta elaborando studi con il farmaco MK- 8527 attraverso vari studi tra cui EXPrESSIVE 10 su 4.850 persone e EXPrESSIVE11 su 4.390 persone. I due studi intendono verificare efficacia e tollerabilità della formulazione orale utilizzabile come farmaco orale PrEP.

I risultati saranno disponibili entro fine anno per l'introduzione alle autorità regolatorie. MK-8527 rappresenta una nuova generazione di farmaci LA per la prevenzione orale, la cui somministrazione è prevista una volta al mese.

prevenzione orale, la cui somministrazione è prevista una volta al mese.

NOTA: Nel frattempo, una nuova ricerca suggerisce che la pillola PrEP orale mensile sperimentale MK-8527 "potrebbe essere prodotta a costi estremamente bassi, suggerendo che la proprietà intellettuale e gli accordi di licenza, piuttosto che la produzione, determineranno un accesso equo nei paesi a basso e medio reddito".

Obiettivo dell'analisi: colmare il divario tra le scoperte scientifiche e i sistemi necessari per realizzarle con rapidità, congruità ed equità per ottenere un impatto sulla salute pubblica. Limitare l'accesso a farmaci per la prevenzione crea accessi limitati e ne rallenta l'accesso, escludendo le popolazioni al di fuori dei programmi guidati dai governi.

Allo stesso tempo, deve essere pianificato fin dall'inizio un accesso accelerato ed equo. I prodotti possono essere realizzati su larga scala e a prezzi bassi, se si dà priorità alle scelte politiche e di investimento come i prezzi, licenze, previsione dei volumi e trasparenza.

Altri studi di prevenzione HIV

La ricerca, sostengono tutti gli sperimentatori, è sempre più orientata a studi LA, ovvero a studi con farmaci che permettano assunzioni non quotidiane.

La stessa ViiV ha in studio una versione di prevenzione una volta ogni 12 mesi: è iniziata la gara per ottenere la formulazione più personalizzata ed efficace.

Ma non sarà la modalità di somministrazione dei farmaci a portare il mondo a zero nuove diagnosi. Non sarà neppure la richiesta di tagli agli investimenti per la ricerca che l'amministrazione USA chiede al Congresso, malgrado la ricerca abbia allertato sui rischi di una diminuzione di fondi per la salute. E l'onda lunga arriverà a colpire tutto il pianeta creando maggiori situazioni di ingiustizia e ineguaglianze per le prossime generazioni (AVAC).



EPATITE B CRONICA

Studi Well 1 e 2

Oltre 3,2 milioni di persone in Europa vivono con l'epatite B cronica (CHB) che in molti casi porta a carcinoma del fegato. Per combattere questa patologia grave, GSK ha sviluppato due studi che sono ora all'analisi dell'EMA per l'approvazione alla commercializzazione.

L'attuale standard di cura con analoghi nucleos(t)idici, spesso richiede una terapia permanente e i tassi di guarigione funzionale rimangono bassi (in genere solo l'1 di proteine virali, l'antigene di superficie dell'epatite B (HBsAg) non sono rilevabili nel sangue per almeno 24 settimane dopo l'interruzione di tutti i trattamenti, indicando che la malattia è controllata dal sistema immunitario senza farmaci. Si stima che circa il 56% dei casi di cancro al fegato a livello globale siano causati dal CHB.

LA RICHIESTA ALL'EMA

Si basa sui risultati positivi degli studi di **Fase III B-Well 1 e B-Well 2**. Entrambi gli studi hanno raggiunto il loro endpoint primario e il **bepirovirsen** ha dimostrato un tasso di guarigione funzionale statisticamente e clinicamente significativo.

I tassi di guarigione funzionale erano più alti con bepirovirsen più standard di cura rispetto al solo standard di cura. I risultati sono stati statisticamente significativi in tutti gli endpoint classificati, compresi i pazienti con antigene di superficie al basale (HBsAg) ≤ 1.000 UI/ml, dove è stato dimostrato un effetto ancora maggiore. Il profilo di sicurezza e tollerabilità accettabile in linea con quanto riportato in altri studi.

INFORMAZIONI SULL'EPATITE B CRONICA

L'epatite B è un'infezione virale che può causare sia malattie epatiche acute che croniche. L'epatite B cronica si verifica quando il sistema immunitario non riesce a eliminare il virus, causando un'infezione duratura che colpisce più di 250 milioni di persone in tutto il mondo.

La malattia causa circa 1,1 milioni di morti ogni anno a livello globale, inclusi circa 15.000 in Europa. Molti pazienti necessitano di una terapia antivirale a vita per la soppressione virale, rendendo la guarigione funzionale un obiettivo fondamentale nella gestione della malattia.



INFORMAZIONE SU BEPIROVIRSEN

Il Bepirovirsen è un oligonucleotide antisens sperimentale a tripla azione (ASO, progettato per riconoscere e orchestrare la distruzione dei componenti genetici (mRNA e RNA pregenomico) del virus dell'epatite B, che possono portare a malattie croniche, permettendo potenzialmente al sistema immunitario di una persona di riprendere il controllo.

Il Bepirovirsen inibisce la replicazione del genoma virale nel corpo, sopprime il livello di antigene superficiale dell'epatite B (HBsAg) nel sangue e stimola il sistema immunitario ad aumentare le probabilità di una risposta duratura e sostenuta.

CONCLUSIONI

CROI 2026 è stata un'edizione ponte: oltre a Lenacapavir, in termini di terapia e prevenzione non vi è nulla di pronto per creare opzioni innovative nell'immediato.

L'attenzione ai problemi sociali e di accesso per i paesi a basso reddito è stato un tema approfondito in molte sessioni e simposi. L'apporto degli studi elaborati con l'aiuto di scienza e delle popolazioni africane è stato fondamentale.

Gli approfondimenti sulla conferenza, sulle patologie, sul coinvolgimento metabolico e di salute mentale sono oggetto di video interviste e di filmati sulle Giornate di Nadir che hanno avuto luogo a marzo. Il materiale di approfondimento è reperibile sul sito www.nadironlus.org con i commenti di ricercatori italiani che vi hanno partecipato e presentato studi clinici.

Fonti:

- European Centre for Diseases Prevention and Control. World Hepatitis Day 2025: Hepatitis burden remains high across the EU/EEA. 28 July 2025. Available at : <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/world-hepatitis-day-2025>
- Slaets, L. et al. "Systematic review with meta-analysis: hepatitis B surface antigen decline and seroclearance in chronic hepatitis B patients on nucleos(t)ide analogues or pegylated interferon therapy" in *GastroHep 2*, 106–116 (2020)
- Maucort-Boulch, D., de Martel, C., Franceschi, S. and Plummer, M. (2018), Fraction and incidence of liver cancer attributable to hepatitis B and C viruses worldwide. *Int. J. Cancer*, 142: 2471-2477. Available at: <https://doi.org/10.1002/ijc.31280>
- WHO Global Hepatitis Report 2024. Available at <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>
- EASL Guidelines available at <https://easl.eu/publication/easl-guidelines-management-of-hepatitis-b>

CROI 2026

VIDEO INTERVISTE

Nadir ha realizzato alcune video interviste ai medici italiani che hanno partecipato alla conferenza presentando i propri studi.

Le interviste ci permettono di avere una percezione più precisa dello spirito della conferenza e degli argomenti di maggior rilievo. Proponiamo di seguito una sintesi dei contenuti.

"La parte più interessante, sostiene la **Prof. Paola Cinque**, sulla quale si apre uno spiraglio di interventi", è stata offerta dall'identificazione dei fattori di rischio, potenzialmente modificabili, di demenza o di condizioni di pre-demenza nell'età media.

È stato segnalato che dei casi di demenza studiati, circa metà potevano essere evitati o perlomeno ritardati, intervenendo su 14 fattori di rischio cui siamo esposti dai primi anni fino ad una età avanzata. Perdita dell'udito, colesterolo elevato, depressione, inattività fisica, diabete, fumo, l'ipertensione, obesità, isolamento sociale, addirittura l'inquinamento, sono alcuni dei fattori indicati dallo studio.

La maggior parte di questi fattori possono essere modificati, rendendo possibile la creazione di strategie in grado di prevenire o almeno di ritardare la comparsa di una malattia per la quale non esiste ancora una cura.

Il **Prof. Andrea Calcagno** ci orienta sugli aspetti che hanno caratterizzato la recente edizione della CROI: evoluzione e futuro della terapia e della prevenzione e l'impatto della riduzione dei fondi sulla gestione di entrambe.

Quelli definiti dal Prof. Calcagno "grandi capitoli" si riferiscono ai risultati delle strategie di prevenzione, tra cui quella orale di seconda generazione e l'avanzamento della ricerca verso tempi di somministrazioni più lunghi, anche con l'aiuto di farmaci non antiretrovirali.

La dottoressa **Carmen Pinnetti** fa un ritratto della donna con HIV nel contesto scientifico, sottorappresentata negli studi, nelle terapie sperimentali HIV e di altre patologie. Pinnetti conferma l'importanza del dialogo con il medico di malattie infettive anche su temi delicati quali il desiderio di maternità e quelli che riguardano l'invecchiamento in diversi setting per poi ricorrere alla rete di specialisti.

Centrale il supporto psicoterapeutico di fronte ai problemi dell'età e i cambiamenti endocrinologici, alle manifestazioni che possono presentarsi nella fase post partum. Valorizzato il ruolo della rete di associazioni peer quando le norme regionali ostacolano l'accesso ai servizi per la salute mentale fuori dalla regione di appartenenza.



<https://www.nadironlus.org/croi-2026-video-intervistedis-equilibri-della-mente-focus-sui-segnali-patient-related/>



<https://www.nadironlus.org/croi-2026video-intervistecroi-and-beyondnuove-strategie/>



<https://www.nadironlus.org/croi-2026video-intervistedonne-che-vivono-con-hiv/>

Iniziativa resa possibile grazie al supporto non condizionante di Gilead Sciences



UNAIDS E FINANZA

La prevenzione richiede investimenti per raggiungere gli obiettivi del 2031.

Da Ginevra un allerta delle Nazioni Unite. Il 10 aprile 2026 si è concordato che la risposta all'HIV è a un punto di svolta: se la prevenzione viene declassata e defanziata, i progressi da HIV potrebbero essere vanificati.

Angeli Achrekar, vicedirettore esecutivo e responsabile delle pratiche globali di UNAIDS ha affermato che il programma della Strategia 2026 - 2031 ci dirige verso questo concetto:

"Chiunque ne ha bisogno deve avere accesso alle opzioni di prevenzione dell'HIV. Ciò è realizzabile solo se gli investimenti nella prevenzione sono solidi sostenuti, se i Governi garantiscono un uso efficace delle risorse e se i piani si basano su dati concreti e fondati sui diritti umani, con le comunità al centro della partecipazione".

Gli obiettivi principali sono stati tradotti in traguardi numerici chiave per il 2031: trattamento per le 40 milioni di persone con HIV; accesso alla profilassi pre-esposizione (PrEP) a 20 milioni di persone; finanziamenti nazionali di almeno il 20% delle risorse per la lotta all'HIV.

Per raggiungere gli obiettivi in un periodo di risorse limitate, la Strategia Globale definisce tre priorità:

- Risposta guidata dalla resilienza;
- Servizi equi focalizzati sulla persona;
- Leadership della comunità.

Dare una risposta sostenibile al programma (risultante dal rapporto costo-efficacia per garantirne la fattibilità) richiede finanziamenti diversificati che includano fonti private, cambiamenti della politica socioeconomica, l'integrazione accelerata dei servizi sanitari per la gestione del virus.

NOTA: Il programma non cita finanziamenti agevolati, salvo l'intervento di UNDP, con la pretesa di dare una risposta accelerata mentre sappiamo bene che i governi europei da soli, non hanno una visione comune delle priorità cui obbliga la sconfitta dell'HIV. Tocca, quindi, alla comunità delle organizzazioni di cittadini promuovere la Salute pur in mancanza di fondi e di campagne sostenute dai governi.

In sintesi, il futuro della risposta alla strategia globale all'HIV dipenderà dalla capacità di attuare un programma di prevenzione integrato su larga scala fondata sui diritti umani e sulla dignità, guidato dai governi e dalla community.

Le innovazioni nella prevenzione dell'HIV hanno ulteriormente ampliato le opzioni a disposizione delle popolazioni a rischio. Facilitarne l'accesso esige la creazione di piattaforme affidabili, di servizi sanitari che non stigmatizzano l'HIV e che integrano il coinvolgimento della comunità, le farmacie e le piattaforme virtuali e di telemedicina innovative per i giovani, supportate dall'intelligenza artificiale generativa, sono fondamentali per facilitare l'accesso alle opzioni di prevenzione.

"Il costo dell'inazione è deleterio. Le innovazioni, comprese le nuove ed emergenti opzioni di prevenzione a lunga durata d'azione, hanno ampliato la gamma di scelte preventive disponibili".

I sistemi nazionali devono agire in maniera tempestiva e ciò ridurrà la frammentazione e rafforzerà la definizione delle priorità affinché le risorse disponibili siano pienamente sfruttate per ottenere un impatto, includendo anche l'impegno finanziario privato per la costruzione di impianti e infrastrutture nei paesi ove l'HIV è maggiormente presente.

Solo dopo l'Assemblea Generale dell'ONU si avrà il Go-No go che terrà in conto le proposte concordate dal PCB. Le decisioni unilaterali implicano la ben nota deriva di impronta colonialista.



LA COMMISSIONE EUROPEA AIUTA IL FONDO GLOBALE

L'Europa intende stanziare 700 milioni di euro per il Fondo globale di lotta contro l'HIV, la tubercolosi e la malaria. Questo annuncio rientra nel novero della nuova Iniziativa globale per la resilienza sanitaria, presentata dalla Presidente sullo Stato dell'Unione del 2025 e il cui lancio è previsto entro l'estate. L'iniziativa offrirà l'opportunità di definire le priorità dell'UE e individuare percorsi concreti per un'azione efficace ed efficiente in materia di salute globale.

Annunciati 185 milioni di euro immediatamente disponibili nell'ambito dell'attuale bilancio a lungo termine. Le sovvenzioni a livello nazionale derivano dall'ottavo rifinanziamento per coprire gli interventi dal 2027 al 2029.

Dei 700 milioni, 46,5 milioni di euro contribuiranno a consolidare l'architettura africana per la sicurezza sanitaria e a promuovere partenariati tra le parti interessate europee e africane, rafforzando la forza lavoro impegnata nell'ambito dell'approccio "One Health" e la risposta alla resistenza antimicrobica (AMR), grave piaga cui si assiste in Europa e in Italia in particolare.

L'erogazione dei fondi avverrà entro agosto 2026 in collaborazione con il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), i Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC), l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA), il Partenariato europeo per la sperimentazione clinica tra paesi in via di sviluppo (EULP) e il Centro internazionale per le soluzioni di resistenza antimicrobica (ICMS).

STUDI WONDERS: FERMATI IN FASE DI MONITORAGGIO

Gilead, a seguito dei colloqui con la FDA, ha "interrotto il monitoraggio della sicurezza" dello studio di **fase 2/3 Wonders-2**.

Wonders-2 e il suo studio gemello di fase **2/3 Wonder**, anch'esso sospeso, stavano sperimentando **GS-1720**, un inibitore del trasferimento del filamento dell'integrasi, e **GS-4182** ambedue in associazione per via orale in un unico dosaggio settimanale, con l'inibitore del capsido Bictarvy nel braccio di confronto.

Gilead sta ora lavorando per trasformare la formulazione di lenacapavir per via orale in trattamento a lunga durata d'azione in associazione con un altro inibitore dell'integrasi, il **GS-3242**, ancora in fase sperimentale.

Malgrado il fermo degli studi, l'azienda ha confermato che continua a "lavorare a stretto contatto con i ricercatori per garantire una transizione agevole dei 748 partecipanti alle opzioni di trattamento standard approvate (SOC) per l'HIV", per evitare difficoltà di efficacia e eventi avversi.

Science, 3 aprile 2026

DISPUTA SULL'ACCESSO AL LENACAPAVIR C'È TRASPARENZA?

Médecins Sans Frontières (MSF) ha scritto una lettera aperta a Gilead Sciences, criticando il rifiuto di vendere lenacapavir per la PrEP direttamente per l'uso nei programmi di MSF.

La questione arriva in un contesto di informazioni limitate su prezzi, volumi e tempistiche di fornitura. Gilead ha deciso la fornitura di LEN attraverso il meccanismo di approvvigionamento del Fondo Globale. La produzione attuale di LEN è di 600.000-700.000 persone/anno per il 2026.

Sebbene Gilead abbia precedentemente detto di poter produrre volumi maggiori e dare in licenza la produzione del medicinale, attualmente ha un tempo di consegna di 6-9 mesi, il che rende difficile assicurarsi prodotti aggiuntivi quest'anno. MSF, che già accede a una limitata disponibilità di LEN tramite il Global Fund, sta cercando dosi aggiuntive per raggiungere popolazioni che se ne possono beneficiare. Gilead ha comunicato a MSF che l'aumento della fornitura di LEN non sarà disponibile fino al 2027 e solo attraverso i canali di approvvigionamento esistenti.

E il principio di equità?

Limitare l'accesso del LEN a canali di approvvigionamento e tempistiche limitate rischia di escludere le popolazioni al di fuori dei programmi governativi. Allo stesso tempo deve essere pianificato un accesso accelerato ed equo fin dall'inizio. In questo caso, i farmaci possono essere prodotti su larga scala e a prezzi bassi, tanto che Gilead stessa aveva deciso di darne licenza di produzione ad altri privati.

Quali alternative?

Nel frattempo, nuove ricerche sulla prevenzione suggeriscono che la pillola sperimentale MK-8527, una volta al mese, potrebbe essere prodotto a costi estremamente bassi, suggerendo che la proprietà intellettuale e gli accordi di licenza, piuttosto che la fattibilità produttiva, determineranno l'accesso equo ai paesi a basso reddito.

Non è una soluzione immediata in quanto questo farmaco è in fase di studio, mentre il LEN è già in possesso di tutte le approvazioni per l'uso umano.

Implicazioni: queste questioni hanno reso evidente la sfida principale mai risolta: colmare il divario tra le scoperte scientifiche e i sistemi necessari per offrirle con rapidità, scala ed equità per ottenere sulla salute pubblica un impatto visibile.

Medecins Sans Frontiers, Open letter to Gilead:
Prevention should not be a privilege

GIORNATE DI NADIR 2026

PRIMA EDIZIONE

Riportiamo una sintesi della recente edizione di Giornate di Nadir dedicata principalmente alla Prevenzione.

Le presentazioni sono reperibili in versione integrale sul sito:

www.nadironlus.org/category/seminario

APERTURA

Abbiamo dedicato questa edizione di Giornate di Nadir agli aspetti per i quali il sistema Salute non riesce a dare risposte: prevenzione, diagnosi precoce, applicazione di sistemi di screening. Nadir ritiene che spetti alle organizzazioni di cittadini portare alla vista di istituzioni e popolazione i bisogni essenziali delle persone con HIV i cui unmet needs sono e restano una sine cura, malgrado i clinici e le organizzazioni abbiano allertato sui danni che deriveranno.

La **Proposta di Legge A.C. 218**, arenata dopo sei anni di scritti, emendamenti, sinergie e revisioni, tutte approvate in sede referente, si porta dietro una visione contemporanea, equa e ricca di concetti innovativi e informativi. Con essi, una nuova visione della collaborazione tra cittadini e cosa pubblica, ovvero tra chi vive problemi quotidiani e chi tenta di correggerli.

Di fronte a questa marcia indietro dello stato, la psicoterapia deve insegnare a gestire un nuovo malessere: la frustrazione.



Questa prima edizione 2026 è dedicata, in particolare, ai temi di prevenzione e “care”, aspetti cruciali per un approccio di salute pubblica oltre che individuale.

Scienza ed evidenza hanno dimostrato l'efficacia delle strategie di prevenzione dell'HIV con la somministrazione di farmaci iniettabili e orali. Ancora non tutte disponibili nel Paese.



Quali concetti guidano la fattibilità?

Nadir ha chiesto alla prof. Barbara Suligoi di mostrarci quali siano i dati epidemiologici della Regione Europea per la conferma che, in mancanza di azioni specifiche, gli obiettivi del 20 non sono raggiungibili. Mancano le sinergie politiche.

Nel tentativo di diminuire le presentazioni tardive, che in Italia rappresentano la maggioranza delle nuove diagnosi, è stato inserito nella Proposta di Legge A.C. 218, abrogativa della obsoleta legge 135, ma il ritardo approvativo, tuttora non riesce a mostrare un'inversione di tendenza.

Altra via, che darà risultati a lungo termine, è quella dell'educazione all'affettività e alla sessualità a partire dal periodo scolastico.

PRIMA SESSIONE



PrEP: una diga di sostenibilità

Il dottor Andrea Antinori ha presentato un modello matematico che spiega, al di là dei numeri assoluti, che l'epidemia da HIV sarebbe stata molto più grave oggi, se non si avesse avuto la PrEP che mostra come quella iniettabile sia almeno 5 volte più efficace di quella orale.

Tristemente, con il fermo della ricerca per la prevenzione dell'HIV negli USA, l'onda d'urto ricadrà sull'Europa. Lo studio della D.ssa Nozza conferma che i quasi 5 mila utilizzatori sono concentrati verso il nord d'Italia, a prescindere dall'incidenza regionale. Tuttora, essendo maggiormente in uso tra gli MSM, rappresentano una percentuale molto inferiore alle attese del programma UNAIDS.

Il fattore critico della PrEP è che dopo 2 anni e mezzo comincia a diminuire l'aderenza. I dati ANRS, mostrano un forte calo dell'aderenza dopo 6-7 anni.

Le aspettative sull'aderenza migliorano quando i centri community based sono di supporto ai centri ospedalieri. Antinori lo afferma dopo aver studiato l'intervento di Filippo Leserri e Leo Del Negro, che hanno assistito in modo esemplare lo Spallanzani per la parte di counseling e incoraggiamento. Anche con il collegamento alla salute mentale, soprattutto guidando prevenzione e terapia fuori dalle pareti ospedaliere.

Ci si aspetta a breve la notizia che anche l'Italia darà accesso alla prima formula di PrEP iniettabile, con il cabotegravir, cinque volte più efficace di quella orale. Viceversa, il lenacapavir è un po' in ritardo e si sa che sarà somministrato due volte all'anno. Tra gli studi CROI, il Dr. Antinori ha citato anche gli studi su Cabotegravir iniettabile ogni 4 mesi e il lenacapavir una volta l'anno.

Oltre alle informazioni sul futuro della PrEP, riteniamo che la valenza delle relazioni faccia comprendere come la clinica può collaborare in modo complementare con la comunità a vantaggio di tutta la popolazione.



Nuove combinazioni di terapia

Il Prof. Andrea Calcagno ha sintetizzato i dati che provengono da CROI riguardo alle nuove terapie e i dati inattesi che ad oggi hanno fornito gli studi di combinazione con gli anticorpi monoclonali associati alla ARV.

La nuova classe in sviluppo degli inibitori del capsido e gli eventi avversi quali l'infarto del miocardio e, di conseguenza, la prevenzione delle dismetabolie con nuove statine.

Calcagno ritiene molto interessante la combinazione più vicina a noi: quella di isl/dor che combina efficacia e potenza con un altissimo livello di concentrazione ematica.

Altra promessa è la combinazione bic/len, che era in prospettiva già dal 2024, orale, per la potenza dei farmaci e la perfetta concentrazione ematica che ha dato risultati al 98% dei partecipanti.

Unico fattore negativo è quello che, salvo una combinazione, le altre sono tutte in fasi precoci di studio e non si hanno elementi conoscitivi sufficienti. Quindi, molte prospettive e poche sono le soluzioni di attuazione immediata e non abbiamo visto risposte concrete verso la "cura funzionale" dell'HIV.



Paola Cinque pone come fattore centrale quello della salute mentale, ovvero di tutto il sistema nervoso centrale, elemento che guida molti aspetti dell'auspicata efficacia virologica collegati alla buona qualità della vita in presenza di HIV. In questa prospettiva, l'invecchiamento, la salute mentale e la qualità di vita collegati alla infiammazione cronica diventano gestibili a lungo termine con una visione personalizzata e interdisciplinare dell'infettivologo, in quanto ansia, depressione, astenia sono patologie della mente spesso risolvibili con interventi tempestivi.

Ma il problema irrisolto persiste: la scarsa affinità dei servizi neuro-psichiatrici con l'HIV. Quanto il sistema di salute italiano permette una visione strategica che raggruppi questi concetti con equità sul territorio?

Cinque ha rassegnato gli argomenti che definiscono meglio la salute mentale, (segnali patient-related, fattori biologici quali l'infiammazione e neuroinfiammazione cronica, quelli psico-sociali, quali Stigma, discriminazione, isolamento sociale e quelli legati a eventuali condizioni preesistenti o concomitanti: disturbi del sonno, consumo eccessivo di alcol, abuso di sostanze).

Tra le novità più interessanti della CROI, segnala l'identificazione dei fattori di rischio potenzialmente modificabili di demenza, che offre l'opportunità di evitare o almeno rallentare i sintomi di una patologia per la quale, al momento, non esiste una cura.

Iniziativa resa possibile grazie al supporto non condizionante di Gilead Sciences



dati in pratiche di cura centrate sulla persona, oltre l'analisi delle dimensioni psicosociali emerse dai questionari, ha proposto una riflessione su come trasformare le evidenze quantitative in pratiche di cura capaci di integrare salute mentale, diritti e qualità della vita.

Progetto promosso dal Ministero della Salute attraverso un bando pubblico, affidato all'Università di Modena e Reggio e alla collaborazione delle organizzazioni appartenenti al CTS del Terzo Settore

SECONDA SESSIONE



Healthy Aging e modelli di CARE: dai bisogni espressi alle trasformazioni della presa in carico

Il progetto di prevenzione delle difficoltà che spesso devono affrontare le persone con HIV, dopo l'analisi qualitativa (GdN, ottobre 2025), ha fornito i risultati quantitativi da un survey nazionale.

L'obiettivo, ha indicato il **Prof. Giovanni Guaraldi**, responsabile del progetto, è stato quello di restituire in modo strutturato i dati raccolti con i questionari a fronte dei modelli di cura attuali, "interrogandoci su come questi debbano evolvere per rispondere in modo più efficace ai bisogni delle persone che vivono e invecchiano con HIV".

La prima relazione, a cura del prof. Guaraldi, sui **Bisogni clinici e traiettorie di invecchiamento con HIV**, si centra sui risultati relativi a comorbidità, fragilità, salute metabolica, qualità della vita, percepita, accesso ai servizi e continuità assistenziale. I dati sono stati analizzati alla luce delle trasformazioni necessarie nei modelli organizzativi, per promuovere un approccio integrato e orientato all'invecchiamento in salute. La relazione del Dott. Aurelio Castro, **Stigma, salute mentale e bisogni psicosociali: tradurre i**

TERZA SESSIONE

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (PNPV) impone obiettivi precisi che coinvolgono le organizzazioni regionali, ma presenta gravi difficoltà nella sua applicazione uniforme sul territorio.



Oltre le linee programmatiche, non è stato definito un sistema efficace di monitoraggio delle coperture vaccinali sia a livello regionale che nazionale, soprattutto per le persone con HIV.

Il Ministero della Salute denuncia la carenza di collaborazione tra gli attori istituzionali e l'assenza di investimenti in sistemi informativi avanzati. Inoltre, la popolazione mostra una scarsa fiducia nelle istituzioni e percepisce negativamente le vaccinazioni, anche a causa di una comunicazione inefficace e delle scarse campagne di informazione.

Abbiamo quindi invitato il prof. **Antonio Di Biagio** e la **Prof. Laura Sticchi**, del San Martino di Genova, centro di eccellenza che ha unificato e concentrato i problemi del sistema vaccini in Liguria, per spiegare quali siano le difficoltà delle persone che vivono una o più patologie debilitanti.

Non abbiamo il dato della copertura vaccinale per patologie, spiega la prof. Sticchi, né a livello nazionale né regionale. IL PNPV sostiene lo sviluppo di sistemi informativi più evoluti, ma la loro realizzazione richiede investimenti in termini di infrastrutture tecnologiche”.

La sessione, quindi, ha avuto il ruolo di stimolare la resilienza del target nella fase di definizione di strategie utili alla costruzione di un percorso vaccinale.

Attualmente, gli unici indicatori di valutazione disponibili sono quelli rilevati per l'influenza stagionale che, però, coprono solo il 51% delle persone over 65, ma in nessuna regione sono stati rilevati i dati che riguardano le persone con danno immunologico pregresso, quali l'HIV, le IST, l'HBV (dai dati OCSE 2025).

Mentre la disponibilità di nuove vaccinazioni è in costante crescita, l'aspettativa di vita in Italia è in costante diminuzione. Lo stesso ministero della Salute denuncia l'assenza di dati e della domanda di vaccinazioni: la pagina dedicata non è stata pubblicata e, pur con atteggiamento proattivo, il ministero evidenzia la mancanza di collaborazione da parte degli attori che avrebbero dovuto proporre PDTA e LEA adeguati al PNPV, con particolare attenzione alla prevenzione e ai decessi prevedibili.

In presenza di HIV (circa 180 mila) le vaccinazioni preventive devono coprire da altre patologie anche i conviventi, ma non sono di semplice accesso in quanto in nessuna regione sono stati rilevati i dati che riguardano le persone con danno immunologico pregresso, per il problema della normativa sulla privacy: gli effetti dello stigma si materializza, le persone non vogliono raccontare la loro condizione neanche al loro MMG.

Di Biagio ha confermato che “Sul test di carica virale sono state incrociate sistematicamente le informazioni con il registro vaccinale e questo ha permesso di calcolare le coperture anche per altre patologie. È emerso che, come in tutte le osservazioni di altri contesti, le coperture vaccinali per la popolazione sono uniformemente subottimali.”

L'altro punto critico è il percorso della persona con HIV. Ritorna, quindi, il problema della multidisciplinarietà, la mancanza di percorsi integrati. “Si rischia che il paziente si affidi al centro di malattie infettive per le vaccinazioni, ma, in mancanza di dati sulle coperture, che sia inviato ai servizi territoriali. È un percorso frammentario, burocratizzato e tende a disincentivare la vaccinazione.

*Iniziativa resa possibile grazie a
I contributo non condizionante di GSK*



QUARTA SESSIONE



Condizioni quali viremia plasmatica residua e controllo parziale del patrimonio immunitario, insieme alle abitudini di vita, sono tra i fattori che aumentano il rischio di neoplasie nelle PWH.

I tumori sono diventati una delle principali cause di malattia, ma il dato preoccupante è che non solo aumentano i casi di tumori AIDS-correlati, ma soprattutto quelli non AIDS-correlati (tumore della trachea, bronchi e polmoni). Quindi c'è un problema legato al maggior rischio delle persone con HIV allo sviluppare un tumore rispetto alla popolazione generale.

Quanto aumenta o quanto si riduce il rischio di neoplasia nelle persone con HIV in terapia efficace? Gli studi hanno dimostrato (**Coorte francese dal 2008 al 2018, ICONA**) che l'incidenza di questi tumori è maggiore, rispetto alla popolazione generale, anche in situazioni di CD4 alti e viremia plasmatica controllata. Grazie alla ARV si vive più a lungo ma le neoplasie sono maggiormente presenti in PWH < 50 anni di età.

“È una situazione molto variegata nel senso che il problema tumore non si risolve con un controllo immunologico dell'infezione”, afferma la Prof. Cingolani per introdurre il capitolo dello screening oncologico in HIV. Lo screening è uno strumento fondamentale per la prevenzione e per la diagnosi precoce. Dovrebbero essere i centri clinici a raccomandare lo screening oncologico come parte della gestione della salute delle PWH, ma non ci sono linee guida precise al riguardo. Mancano anche i servizi assistenziali che comporta un programma di screening multidisciplinare.

*Il progetto è stato integralmente finanziato
dal Community Award Program di Gilead*



PAROLE CHE CURANO, PAROLE CHE FERISCONO IL LINGUAGGIO HIV/AIDS

“In principio era il verbo” (Giovanni 1,1), è l'incipit del prologo del Vangelo di Giovanni. Il Verbo (Logos, in greco antico, che ha molti significati, tra cui "parola", "ragione") esisteva prima del tempo e della materia, appunto "in principio", all'inizio della Genesi.

Nel Vangelo il “logos”, la parola, coincide con la divinità creatrice, suggerendo la potenza feconda della parola, che concretizza i pensieri, realizza le immagini, forgia la realtà.

Significante e significato

A oltre quarantacinque anni dall'identificazione dell'HIV, la dimensione medica dell'infezione è profondamente cambiata, non altrettanto il linguaggio corrente.

Oggi sappiamo che grazie alla terapia antiretrovirale, una persona con HIV (PWH) può avere un'aspettativa di vita sovrapponibile a quella della popolazione generale, una qualità di vita buona e, se in trattamento efficace con carica virale non rilevabile, non trasmettere il virus (U=U, Undetectable = Untransmittable).

Tuttavia, se la medicina e la farmacologia hanno compiuto passi da gigante, il linguaggio non sempre ha tenuto il passo. Le parole con cui descriviamo l'HIV e le persone coinvolte possono contribuire a rafforzare stigma e autostigma, discriminazione, colpevolizzazione ed emarginazione, oppure, al contrario, favorire dignità, autodeterminazione, accesso alle cure, salute.

Dalla forma al contenuto

Il lessico destigmatizzante non è una questione di “correttezza formale”, bensì uno strumento di salute pubblica, che mira a preservare il rispetto della persona e della salute mentale.

Un linguaggio rispettoso aumenta la fiducia nei servizi sanitari, facilita il sottoporsi al test, il parlare di HIV, la condivisione del proprio stato sierologico (disclosure), l'accettazione dell'infezione. Facilita anche l'aderenza alle terapie, migliora la qualità della relazione medico-paziente e dunque svolge un ruolo positivo nel percorso di cura.

Le parole sono pietre, così Carlo Levi ha intitolato un libro sulla straordinaria potenza e sulla cura che le parole possono generare. Al contrario, le parole possono essere anche straordinariamente potenti nel ferire.

Le parole sono i mattoni che insieme costituiscono il ponte tra curante e curato, la relazione di fiducia reciproca tra medico e paziente, le parole sono anche lo strumento con cui i giornalisti raccontano storie, i pixel che formano l'immagine evocata; le parole che veicolano conoscenza sono l'antidoto a fantasmi e paure.

Etichette

Negli anni '80 e '90, ma anche fino a poco tempo fa, l'HIV veniva spesso associato a categorie specifiche, più che a comportamenti o condizioni, questo ha prodotto una narrazione pericolosa: non chiunque può

Il lessico contemporaneo, promosso da organizzazioni come **UNAIDS** e **Organizzazione Mondiale della Sanità**, raccomanda invece un approccio centrato sulla persona più che sulla condizione, ecco perché “malato di AIDS” e “sieropositivo” sono da sostituire con “persona che vive con HIV” (PLH) o “persona con diagnosi di HIV”. Oggi possiamo affermare che invece di “gruppi a rischio” è preferibile usare “comportamenti a rischio”.

Connotazione

Nello specifico, il termine “sieropositivo” nasce in ambito laboratoristico: indica la presenza di anticorpi anti-HIV nel sangue; tuttavia, quando viene usato come etichetta (“i sieropositivi”), riduce l'identità della persona a un dato biologico.

“Malato”, “vittima”, “infetto”: sono termini che evocano passività, colpa, pericolo; il sostantivo “infetto” disumanizza; “malato” è spesso improprio, poiché molte persone con HIV sono clinicamente stabili e in buona salute, vivono in condizione di U=U, che segue poche righe qui sotto. Le alternative più corrette sono: “persona che vive con HIV” (abbreviato con PLH o PLW dovrebbe modificare radicalmente anche la narrazione dell'HIV).

U=U

e la responsabilità del messaggio

*Undetectable equals Untransmittable
Non rilevabile è uguale a non trasmissibile*

Il messaggio di U=U comporta un'enorme rivoluzione: consente infatti un pensiero su di sé e sull'altro diverso, permette di ritrovare dignità, rispetto, di liberarsi da paure, vergogna, colpevolizzazione, e dovrebbe modificare radicalmente anche la narrazione dell'HIV.

Dire che una persona con carica virale non rilevabile “non è più contagiosa” è corretto nel contesto della trasmissione sessuale, ma il termine “contagioso” può evocare pericolo sociale e attivare sensi di colpa, vergogna, paura. Meglio parlare di “assenza di rischio di trasmissione sessuale in presenza di carica virale non rilevabile”.

Il linguaggio deve essere scientificamente accurato e socialmente responsabile.

Locuzioni mutate da altri contesti

Il lessico medico spesso attinge a metafore belliche:

- Combattere l'HIV
- Armamentario terapeutico
- Strategie aggressive

Queste metafore possono rafforzare l'idea di una guerra permanente.

Alternative più neutrali:

- Gestire l'infezione
- Percorso di cura
- Strategia terapeutica

Allo stesso modo, nel linguaggio mediatico:

- "L'HIV torna a colpire"
- "Allarme AIDS"

Il sensazionalismo alimenta stigma e paura.

“Nuovi dati epidemiologici sull'HIV” è la formula più corretta da usare.

Implicazioni etiche e cliniche

Un lessico destigmatizzante:

- Riduce la discriminazione
- Migliora la relazione terapeutica
- Favorisce l'accesso al test e alle cure
- Supporta la salute, anche mentale

La comunicazione clinica deve essere centrata sulla persona nel suo complesso, adeguata nel linguaggio alla capacità di comprendere di quest'ultima, scevra di giudizi da parte del curante.

Conclusione

Il linguaggio non è neutro. Il lessico è una fucina, una bottega dove si crea la realtà. Le parole costruiscono realtà sociali, influenzano politiche sanitarie e modellano l'esperienza soggettiva della malattia.

Parlare di “persone che vivono con HIV” invece che di “malati”, evitare metafore belliche, usare termini tecnici con consapevolezza e rispetto: tutto questo non è solo una scelta lessicale, ma un atto etico.

In un'epoca in cui l'HIV è una condizione cronica gestibile, la sfida non è soltanto virologica: è culturale.

E il cambiamento culturale inizia dalle parole.

HIV Language Guide

NIAID

National Institute of Allergy and Infectious Diseases

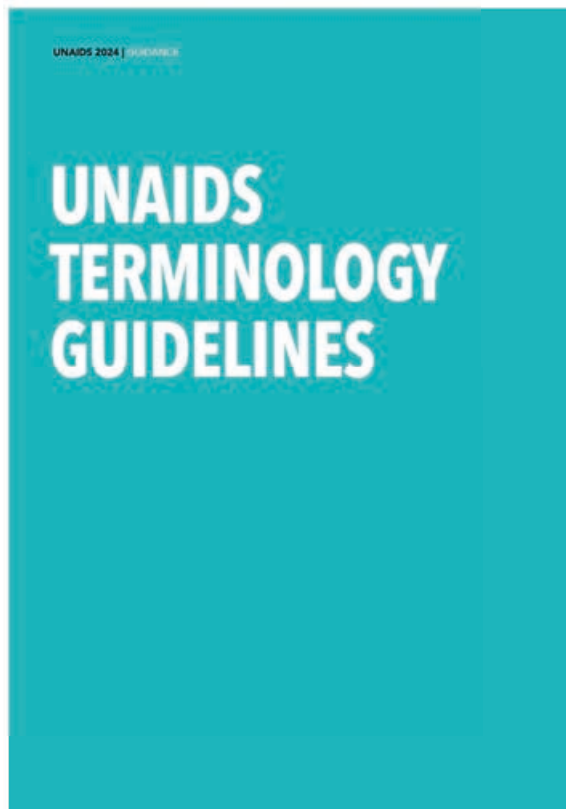


U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
National Institutes of Health
National Institute of Allergy and Infectious Diseases

La Guida del linguaggio HIV/AIDS del **National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)** fornisce indicazioni per una comunicazione sull'HIV equa, accurata e rispettosa.

Inizialmente creata per il personale del NIAID, la sua utilità è stata riconosciuta anche in altri contesti. In particolare, per l'elaborazione di materiale di comunicazione e di sensibilizzazione con le istituzioni, presentazioni di progetti, richieste di finanziamenti.

**Parole che curano,
parole che feriscono...**



Riferimenti essenziali

- UNAIDS, Terminology Guidelines (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/terminology_guidelines)
- Organizzazione Mondiale della Sanità – Linee guida su HIV e comunicazione (<https://www.who.int/publications/item/9789240119468>)
- Ministero della Salute – Rapporti epidemiologici nazionali sull'HIV https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-terminology-guidelines_en.pdf

Glossario essenziale

Aderenza terapeutica

Assunzione regolare e corretta della terapia antiretrovirale. In comunicazione clinica si può preferire “continuità terapeutica”.

AIDS

Sindrome da immunodeficienza acquisita, fase avanzata dell'infezione da HIV caratterizzata da grave compromissione immunitaria.

Arruolare (in uno studio)

Termine tecnico per indicare l'inclusione di partecipanti in uno studio clinico. Alternativa comunicativa: “coinvolgere nello studio”.

Carica virale non rilevabile

Quantità di HIV nel sangue al di sotto della soglia di rilevazione dei test standard.

Coorte

Gruppo di persone seguite nel tempo in uno studio epidemiologico.

Diagnosi tardiva

Diagnosi effettuata in fase avanzata dell'infezione.

Fallimento virologico

Mancata soppressione della carica virale nonostante la terapia.

HIV

Virus dell'immunodeficienza umana.

Persona che vive con HIV

Espressione people-first che mette al centro l'individuo e non la condizione.

Popolazioni chiave

Gruppi che, per ragioni strutturali o comportamentali, presentano maggiore esposizione al rischio di HIV.

Sieropositività

Presenza di anticorpi anti-HIV nel sangue.

Stigma

Processo sociale di svalutazione e discriminazione associato a una caratteristica o condizione.

U=U (Undetectable = Untransmittable)

Principio scientificamente validato secondo cui una persona con carica virale non rilevabile non trasmette l'HIV per via sessuale.



rivista di informazione sull'HIV
N.103 PRIMAVERA 2026

Direttore responsabile
Filippo von Schlösser

Redazione
David Osorio
Filippo von Schlösser

COMITATO SCIENTIFICO

Dr. Ovidio Brignoli, Dr. Claudio Cricelli,
Sean Hosein (C), Francois Houyez (F),
Martin Markovitz (USA), Stefano Vella,
Cristina Mussini, Fabrizio Starace.

GRAFICA
GL Design

SUPERVISIONE TESTI E GRAFICA
David Osorio

STAMPA
Toara S.r.l. - Roma

EDITORE
Associazione Nadir ETS
Via Panama, 88 - 00198 Roma
C.F. 96361480583 - P.IVA 074731002

Le fotografie presenti in questo numero non sono soggette a royalties oppure sono pagate quando dovuto.

La rivista Delta rientra tra le attività istituzionali di Nadir ETS.

Le opinioni espresse sono di esclusiva responsabilità degli autori e sono soggette all'approvazione del comitato scientifico.

È possibile abbonarsi a Delta tramite il nostro sito
www.nadironlus.org

oppure scrivendo a
redazione@nadironlus.org

L'indirizzo è valido anche per altre richieste/segnalazioni di farmacovigilanza.

Iniziativa resa possibile grazie al contributo non condizionante di Gilead

