

## IL MONOLOGO CON LE ISTITUZIONI

Le associazioni che compongono la Sezione M del Comitato Tecnico Sanitario (CTS) lo scorso febbraio hanno riferito alla Ministro della Salute le principali carenze di prevenzione e terapia e assistenza, dovute alla mancata attuazione del Piano Nazionale AIDS 2017, già recepito dalle Regioni.

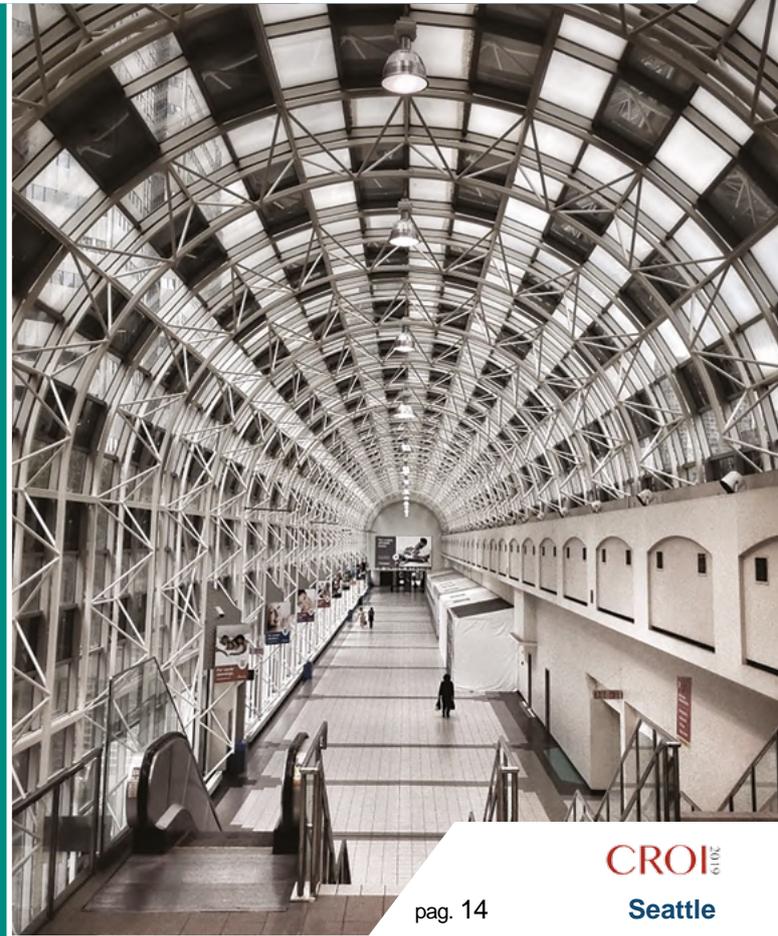
I danni che ne derivano si evidenziano nella carenza di campagne per la promozione del test e per la lotta alla discriminazione, riscontrabili dai dati epidemiologici, che dimostrano il dato costante sulle nuove infezioni ogni anno (ISS-COA). Necessaria a questo punto la promozione corretta del messaggio U = U (sostenuto anche da UNAIDS, cfr. pagina 16).

Il costo sociale dei nuovi infetti si aggiunge a quello di oltre 120.000 persone con HIV e della spesa farmaceutica (684 milioni di euro), per la diagnostica e per l'assistenza ospedaliera e territoriale.

Il CTS ritiene prioritaria anche l'offerta di test in contesti extra-ospedalieri, tra cui i checkpoint, in quanto punti di accesso facilitati operatori pari per la diagnosi precoce di HIV, HCV e IST e ove deve essere autorizzata la somministrazione della PrEP.

Non sono ancora state applicate le raccomandazioni sulla "Prevenzione e Cura dell'Infezione tra le Persone Detenute", che prevedono interventi in ambiente penitenziario, sottoscritti dall'Italia nel documento OMS del 2016, né è stato normalizzato l'accesso al test per i minori non accompagnati dai genitori.

Infine il CTS ha informato la Ministro che non vi è uno standard per la realizzazione di cartelle cliniche informatizzate per il follow up del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale per facilitare l'aggancio al percorso di salute ed eventuali cambiamenti di centro clinico. Su questo punto il CTS sta elaborando un documento con le regioni che metta fine almeno ad una delle inefficienze che lo stato mostra nell'affrontare questa patologia.



pag. 14

**CROI**  
Seattle



pag. 16

**5<sup>th</sup> ICONA FOUNDATION  
MEETING**  
Roma

**2** BREVI

**3** IDENTITÀ RAGGIUNTA

**4** MEET, TEST, TREAT

**7** MIGRANTI E SALUTE

**8** SULLA CAPACITÀ DI AMARSI

**10** L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ

**12** HER MAJESTY, QUEEN

**14** CROI

**16** ICONA: U=U

## PROGRAMMA USA PER ERADICARE L'AIDS

Il presidente Donald Trump, sulla base della riduzione delle nuove infezioni nelle Stati Uniti, ha dichiarato che intende eliminare l'epidemia nel paese entro il prossimo decennio. L'IAS, pur applaudendo la dichiarazione, prende atto che non ha basi solide in quanto non esiste un programma concreto a tale proposito e considera tale dichiarazione parte della retorica che non abbatte la discriminazione contro la comunità LGBT, le persone che fanno uso di droghe, la popolazione di colore ed i rifugiati.

IAS, febbraio 2019

## ICONA – DOLUTEGRAVIR IN “DUAL”: RISCHIO MINORE DI INTERRUZIONE

La coorte ICONA ha effettuato uno studio osservazionale multicentrico su persone non in terapia (9832) ed altre con viremia soppressa (747) che assumevano un regime basato su dolutegravir (Tivicay) tra il 2015 ed il 2017. L'obiettivo è stato quello di analizzare l'interruzione del DTG a causa di tossicità. Ne è emerso che nel primo anno vi sono state 5,6% interruzioni e nel secondo anno del 4,0%. Il maggior rischio di interruzioni a causa di tossicità è stato legato all'inizio di terapia con DTG e abacavir. I pazienti che hanno iniziato la terapia a due farmaci hanno mostrato un rischio minore di interruzione rispetto a quelli che avevano iniziato la terapia a tre farmaci. È stato concluso che DTG offre un'efficacia eccellente e un'alta tollerabilità ottimale sia in prima linea di terapia sia nei pazienti provenienti da switch. Il dato è importante perché analizza i risultati dell'uso di DTG nella pratica clinica.

Evolution of major non-HIV-related comorbidities...; ICONA Foundation Study Group

## TAT NON È UN VACCINO

La Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) ha pubblicato un comunicato stampa affermando che la proteina TAT non è un vaccino preventivo contro l'AIDS e non può sostituire la terapia antiretrovirale.

I risultati, recentemente pubblicati sugli effetti a lungo termine dell'inoculazione intradermica di proteina TAT, nonostante sia una sostanza biologicamente attiva, non hanno mostrato dati che ne sostengano il ruolo preventivo nell'infezione da HIV.

Non debbono essere create false aspettative nella popolazione in quanto al momento sono ingiustificate. Anche il CTS, nella riunione del 14 febbraio scorso, ha invitato la ministro Grillo a porre maggiore attenzione alla diffusione di notizie imprecise o infondate sulla TAT.

Comunicato Stampa di SIMIT, 20 febbraio 2019

## INTESA TRA MdS E MIUR

Firmato il protocollo tra i due ministeri per promuovere sani stili di vita nei giovani e per prevenire i fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili e non, malnutrizione, abuso di sostanze e le tutela della salute in generale. Il MIUR, in particolare, promuoverà l'avvio di campagne di informazione, sensibilizzazione e prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute. L'intesa, pur dimostrando un'apertura didattica verso la relazione tra stili di vita e salute, non prevede azioni sull'educazione sessuale e riproduttiva.

Comunicato del Ministero della Salute, 20 febbraio 2019

## DORAVIRINA = PIFELTRO

Approvato dall'EMA il nuovo antiretrovirale della classe NNRTI il cui principio attivo è la doravirina. Le compresse saranno commercializzate nel dosaggio di 100 mg, somministrabile una volta al giorno. Negli studi approvativi, l'83% di 766 pazienti in studio che assumevano capotegravir con emtricitabina + TDF oppure ABC e lamivudina hanno confermato livelli al di sotto di 40 copie di HIV RNA dopo 48 settimane di terapia. Il dato è stato messo in paragone con il 79% di successi virologici nei pazienti che assumono la combinazione standard di darunavir + RTV con emtricitabina + TDF oppure con ABC + lamivudina. In un secondo studio, l'84% dei 728 pazienti in terapia con Pifeltro, con gli stessi backbone, hanno mostrato livelli di viremia non quantificabili a 48 settimane rispetto all'80% di coloro che hanno assunto terapia con efavirenz. Gli effetti collaterali più riscontrati in terapia con Pifeltro sono nausea e emicrania. L'EMA avverte che vi sono restrizioni nelle combinazioni con Pifeltro.

[http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=/pages/medicines/human/medicines/004747/human\\_med\\_002328.jsp&mid=WC0b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=/pages/medicines/human/medicines/004747/human_med_002328.jsp&mid=WC0b01ac058001d124)

## DOLUTEGRAVIR: RISCHI DELLA MONOTERAPIA

Lo studio MONCAY, su 78 pazienti, ha rilevato che nei casi in cui vi è soppressione virale, il DTG (Tivicay), in monoterapia, mantiene la viremia soppressa a 48 settimane. Il braccio in monoterapia è stato paragonato ai risultati emersi dal braccio che assumeva la triplice terapia con DTG. Il successo virologico è stato confermato nel braccio in monoterapia nel 93,6% e nel 96,3% nel braccio che prendeva la triplice. Ma il DSMB ha raccomandato di riportare i pazienti in studio alla triplice terapia e, a causa del rischio di fallimento virologico che può manifestarsi nel tempo, gli sperimentatori raccomandano di evitare la monoterapia come strategia di mantenimento nelle persone con HIV cronico.

Clinical Infectious Diseases, ciy1132, <https://doi.org/10.1093/cid/ciy1132>

## ALLATTAMENTO: QUESTIONARIO ONLINE

Le terapie antiretrovirali hanno permesso alle donne con HIV di vivere una maternità in sicurezza, ma poco si sa della loro efficacia durante l'allattamento, motivo per cui non viene raccomandato dalle Linee Guida italiane.

Le donne dovrebbero essere coinvolte nella scelta se allattare o meno attraverso l'informazione sui rischi che comporta per il neonato al di là degli ostacoli culturali-economici e delle pressioni sociali.

Il questionario, reperibile sul link <https://it.surveymonkey.com/r/J5YP8JD>, intende esplorare maggiormente il tema della maternità per individuare azioni specifiche rivolte alle donne che devono affrontare il percorso. Trovi il questionario anche nei centri accreditati SIGO.

Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids  
NADIR Onlus

Gruppo di Studio italiano sulla sorveglianza del trattamento antiretrovirale in Gravidanza SIGO

## EFFICACIA DEL DOLUTEGRAVIR IN MONOTERAPIA: QUANDO?

Risultati diversi sono stati forniti dallo studio del DFT in monoterapia nei pazienti che hanno iniziato durante l'infezione primaria e che hanno raggiunto la soppressione per oltre 48 settimane. Nella fattispecie presentata dallo studio NCT02551523, così identificato nel ClinicalTrials.gov., si è dimostrato che la soppressione virale sostenuta è possibile nei primi 180 giorni documentati dopo il contagio con l'HIV. L'abbattimento della carica virale nel 100% dei pazienti in monoterapia ha dimostrato il risultato di non inferiorità e ha suggerito che i serbatoi di latenza non sono stati contaminati nei pazienti con DTG in monoterapia. In tutti i campioni del fluido cerebro spinale non si è riscontrato HIV RNA al di sopra di 40 copie. Non sono state riscontrate e variazioni nella funzione renale né nel profilo lipidico. L'unico limite di questo studio è stato dal piccolo numero di partecipanti e dal follow up continuato solo per 48 settimane.

## FUMO, COLESTEROLO, PRESSIONE ARTERIOSA versus HIV in PLHIV

Lo studio NA-ACCORD ha esaminato una coorte di 180.000 persone dal 2010 al 2014 e ha valutato i fattori di rischio legati all'HIV e quelli non collegati quali l'infarto, i tumori, la malattia epatica e quella renale. Tutti gli eventi che sono avvenuti nel periodo di studio sono stati paragonati a coloro che non avevano diagnosi di malattia nello stesso periodo.

Lo studio ha confermato che queste patologie, anche durante la terapia ARV con viremia plasmatica non quantificabile, necessitano di un intervento iniziale per ridurre il pericolo dei fattori tradizionali di rischio e poter sostenere per decenni la presenza del virus nel corpo. Lo studio ha confermato anche che l'abbassamento dei CD4 aumenta del 37% il rischio di infarto; del 35% la malattia epatica e del 39% i casi di malattia renale.

Nel caso dei tumori sono stati rilevati 1.405 tumori non correlati all'HIV, che rappresentano il 24% dei tumori nelle persone che non hanno mai fumato. In tutti i casi il mantenimento di CD4 al di sopra di 400 costituisce è fattore di prevenzione delle malattie studiate.

The Lancet HIV, 11/02/2019

## IDENTITA' RAGGIUNTA!



**Parlare di identità di genere oggi dovrebbe essere "normale", ma lo spettro del problema gender incombe sulla nostra società e ne offre uno scenario surreale. Ma chi sono le persone TGNC? Il genere è stato concepito come un costrutto binario di maschio o femmina, ragazzo o ragazza, uomo o donna. Questa dicotomia comporta l'idea che l'identità di genere si allinei sempre al sesso assegnato alla nascita. nelle persone TGNC -trans gender non conforming-, tuttavia, non sempre corrisponde al sesso assegnato alla nascita.**

### DAL MALESSERE...

Una persona TGNC non ha una patologia psichiatrica, malgrado la parola trans gender, fino ad un anno fa, era tradotta come "persona affetta da disturbo dell'identità di genere". L'accettazione della definizione può, viceversa, rappresentare il processo sano ed auto-affermativo che si inizia e che porta a placare un conflitto di identità con se stessi. Tuttavia, può essere causa di stress associato sia alla discordanza tra l'identità di genere e il corpo o sesso biologico, sia allo stigma sociale e alla discriminazione che oggi persistono in ogni ambito, dal lavorativo a quello sanitario.

### ...ALL'ACCETTAZIONE DEL PERCORSO

Ma capiamo come è strutturato il percorso di transizione: la persona che vive il disagio legato all'incongruenza tra il proprio sesso biologico e quello sentito si rivolge ad un centro specializzato che prende in carico le persone con disforia di genere (DIG). Il primo step, percorso psicologico, è quello più importante e varia in base alle necessità individuali. E' un percorso di introspezione verso la consapevolezza di sé durante il quale si concorda con la psicologa l'inizio della terapia ormonale, aspetto che implica che si sia pronti ad iniziare il rapporto sociale con il proprio genere di appartenenza e non con quello biologico. Questo step viene definito real life.

### LA REAL LIFE PASSA PER IL GIUDICE

La persona Trans viene poi presa in carico dall'endocrinologo, che non solo pianificherà la terapia ormonale, ma ne seguirà l'andamento clinico attraverso esami ematici e altri percorsi diagnostici specifici. Con gli ormoni la persona inizia a vivere, attraverso i cambiamenti fisici, il genere sentito. Compiuto il periodo di psicoterapia, lo specialista rilascia una perizia con la quale inizia la fase legale: fis-

sare un'udienza per chiedere al giudice l'autorizzazione agli interventi chirurgici e al cambio anagrafico del nome. Fino a qualche anno fa le udienze erano due: la prima, era per avere l'autorizzazione agli interventi demolitivi e ricostruttivi, necessaria per entrare in lista d'attesa nei centri chirurgici specializzati, sottoporsi agli interventi che, una volta effettuati, fornivano "prova di avvenuta sterilizzazione" e, in caso positivo, chiedere una seconda udienza. Poteva passare un anno, anche due, per ottenere la seconda udienza, nella quale il giudice decretava finalmente il cambio anagrafico e quindi la rinascita e il riconoscimento del proprio genere anche da parte della società.

Oggi fortunatamente non è più così nella maggior parte dei tribunali. Il giudice emette un'unica sentenza dove autorizza sia gli interventi chirurgici demolitivi e ricostruttivi che il cambio anagrafico, evitando l'ulteriore stress dovuto all'obbligo della sterilizzazione forzata e ad inseguire centri chirurgici e liste d'attesa...

Un piccolo passo avanti, troppo piccolo rispetto al bisogno di autodeterminazione e ad un percorso più sereno. Le liste d'attesa solo per la presa in carico e poter iniziare sono infinite. I centri sono pochi rispetto al numero di persone trans, la burocrazia è molto lunga e la decisione "se la persona è idonea" a poter acquisire il genere sentito spetta comunque ad un magistrato.

### ACCESSO ALLA SALUTE PER IL SSN

La salute è un tema molto complesso per le persone transessuali. Di fatto, la persona trans è "invisibile". Iniziando dalla terapia ormonale sostitutiva (TOS), che non ha indicazione specifica per il raggiungimento del genere sentito. Di fatto sono farmaci off-label, non vi sono studi su interazioni farmacologiche, eventi avversi, criticità a medio e lungo termine, malgrado sia una terapia che si assumerà per tutta la vita.

Per i percorsi clinici e diagnostici è lo stesso, soprattutto quando si parla di prevenzione. Per tutti i trans, siano uo-

mini che donne, dato i fattori maschili e femminili derivanti dal genere biologico e da quello di appartenenza, vi sono problemi per accedere allo screening di prevenzione e cura di diverse patologie, tra cui quelle legate alla sfera sessuale.

Non tutti gli uomini trans decidono di adeguare chirurgicamente l'apparato sessuale, quindi non potranno mai accedere ad una visita ginecologica in quanto il sistema non riconosce in un uomo questo tipo di visita. Se invece avviene l'adeguamento chirurgico dell'apparato sessuale, il problema è se lo specialista sarà in grado di visitare un uomo con un pene ricostruito. Succede lo stesso per le donne trans. Nessuno ha mai pensato alla salute delle persone trans gender.

Una persona trans è "visibile" per il SSN solo nel periodo antecedente al percorso di adeguamento di genere e in parte durante il percorso. Dopo è come se scomparisse: ottenuta a fatica la libertà di essere se stesso/a, non esiste più. Questo grosso gap mai attenzionato dalla società, allontana queste persone dal prendersi cura di sé. Le sex workers trans sono le persone più fragili all'interno della comunità, per motivi culturali, sociali e esistenziali non accedono alle informazioni sulle conseguenze dei comportamenti a rischio, spesso contraggono l'HIV e il più delle volte non conoscono il proprio stato sierologico. Sulla popolazione trans gender HIV+, non esistendo alcuna attività di sorveglianza sanitaria mirata, mancano dati di epidemiologia, percezione del proprio stato di salute, prevalenza e incidenza delle patologie HIV correlate, nozioni sull'utilizzo delle terapie e retention in care. Finalmente oggi si parla di salute trans gender, soprattutto le persone coinvolte.

### LA MIA AUTODISTRUZIONE, LA MIA RINASCITA...

Io tra questi: sono un uomo transessuale di 54 anni, nato a Taranto. Da piccolo, anzi da piccola, ho avuto la percezione che ci fosse qualcosa di "sbagliato" in me, ma era una percezione imposta dagli altri, iniziando dalla scuola. L'età dell'adolescenza è stata drammatica, arrivò il ciclo, il seno cresceva, questo corpo cambiava nel modo più inaccettabile per me e ciò mi portò a scegliere un percorso di "autodistruzione", non avevo voglia di vivere come una femmina. Iniziai così a fare uso di eroina.

Nel 1985 arrivò la diagnosi di HIV. Non mi facevo mancare nulla, del resto non c'era nulla per cui lottare, tra un arresto e una dose la mia vita andava avanti... Fino al 1996 quando l'HIV era diventato AIDS. Non pensavo quasi più al dolore che mi lacerava e che aveva dato inizio al mio percorso autodistruttivo, aspettavo la morte che non arrivò grazie alla terapia antiretrovirale.

Iniziai a stare meglio, ma sempre irrisolto. Arrivò anche per me "l'era del web" ed ebbi notizie che mi aprirono il cuore, conobbi uomini trans, li incontrai e capii subito

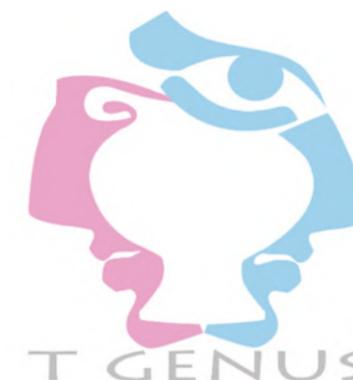
chi ero, dando così un nome al mio dolore DISFORIA DI GENERE. Mi recai in un centro specializzato e iniziai il percorso della mia rinascita, contestualmente conobbi la mia attuale compagna, mi presentai come Michela ma lei vide subito oltre, cioè Michele, quello che sono io oggi ma che in realtà sono sempre stato.

### ... OGGI IL MIO IMPEGNO

Oggi vivo una vita serena insieme alla mia compagna, la mia famiglia e tantissimi amici, le sostanze stupefacenti nel momento in cui ho compreso il motivo del mio disagio smisero di avere il monopolio della mia vita.

Non ho voluto chiudere il mio passato in un baule, ma l'ho voluto mettere a disposizione di quanti possano in qualche modo averne benefici, come io ho beneficiato di quei ragazzi conosciuti sul web. Sono vice Presidente di NPS Italia, sono legato al tema della prevenzione HIV, soprattutto nel cogliere un disagio che può portare a non amarsi e ad essere poco rispettosi verso la propria salute. Sono anche in prima linea come Presidente di due associazioni che si occupano di tematiche Trans, T Genus (verso il genere) che si occupa di ascolto peer to peer, dato che è fondamentale il rapporto alla pari.

L'altra associazione, CEST, Centro Salute Trans e Gender Variant, è la più giovane ma abbastanza conosciuta, strutturata con figure professionali utili per il percorso di adeguamento di genere. E' nata per sanare, seppur in minima parte, la lacuna del servizio per la presa in carico delle persone T. La peculiarità sta nel fatto che la persona può essere seguita anche attraverso sedute psicologiche online, quindi raggiungibili ovunque si trovino. Siamo in Lombardia, Lazio, Puglia e Calabria e non è sempre facile raggiungerle per questioni economiche, lavorative e di qualsiasi altra natura, da qui l'idea di un servizio online. Alcune persone ancora oggi ci vedono come fenomeni da baraccone, mentre siamo semplicemente PERSONE. Tutto qui. "La vera autenticità" -come detto nel film Tutto su mia madre, di Almodovar- non sta nell'essere come si è, ma nel riuscire a somigliare il più possibile al sogno che si ha di se stessi.



# MEET, TEST AND TREAT

RAGGIUNGERE GLI ESCLUSI PER CURARE L'EPATITE C:  
L'ESPERIENZA DI VILLA MARAINI

PATOLOGIA

ELISABETTA TETI (1)  
MASSIMO BARRA (2)  
FABIO PATRUNO (2)

LA FONDAZIONE VILLA MARAINI, AGENZIA NAZIONALE PER LE TOSSICODIPENDENZE DELLA CROCE ROSSA ITALIANA, SI OCCUPA DI TOSSICODIPENDENZA DAL 1976. HA INIZIATO NEL 2015 UNA CAMPAGNA DI SCREENING CON TEST RAPIDO PER HIV/HCV ED ACCOMPAGNAMENTO ALLE CURE PER LE PERSONE CHE USANO SOSTANZE, DIFFICILI DA RAGGIUNGERE.

ECCO I DATI DALLA CAMPAGNA E LE POSSIBILI AZIONI DI PREVENZIONE DA APPLICARE SUL TERRITORIO.

## LA GRANDE SFIDA

Nonostante lo sviluppo degli antivirali ad azione diretta (Direct Acting Antivirals - DAAs) sul virus dell'epatite C (HCV), in commercio dal gennaio 2015, abbia permesso di ottenere l'eradicazione virale nel 90-95% dei pazienti, i risultati ottenuti rispetto alle percentuali di diagnosi e cura nelle popolazioni chiave risultano ancora insoddisfacenti e lontani dal raggiungimento degli obiettivi prefissati dal WHO (World Health Organization), ovvero di riduzione dell'incidenza e della mortalità associate all'infezione di HCV entro il 2030.

Secondo gli ultimi dati a disposizione, di recente in Italia sono stati effettuati più di 150 mila trattamenti con le nuove terapie, ma ci sono almeno altrettante persone inconsapevoli del proprio sierostato o comunque ancora non in trattamento. Senza trovare quei "Missing Millions" (spesso tra i gruppi più marginalizzati della società e vulnerabili come i consumatori di sostanze) che devono ancora essere diagnosticati ed inseriti in un percorso di cura, tutti gli altri sforzi avranno solo un successo marginale. Una grande sfida, quindi, è garantire che i pazienti vulnerabili che necessitano di cure siano identificati nel modo più semplice e rapido. La popolazione dei People Who Use Drugs (PWUD) rappresenta quella dalla più complessa gestione, caratterizzata da un'alta percentuale di soggetti cosiddetti "Out Of Care" (al di fuori del circuito assistenziale) e da un basso "Linkage To Care". Tutto ciò è determinato dalla persistenza di molte barriere difficili da affrontare associate al paziente, al medico e alle strutture sanitarie che impediscono ai PWUD l'accesso al percorso di diagnosi/cura.

## LA CAMPAGNA

La campagna della Fondazione, denominata "Meet, Test and Treat", strutturata per ottenere due tipi di risposte, ha prodotto dati a supporto del concetto dei PWID come popolazione bersaglio (studio di sieroprevalenza) e dello statement che ci ha motivato ad effettuare questo studio "i tossicodipendenti sono una popolazione aderente al trattamento" (studio di efficacia e aderenza al trattamento).

## I DATI DI PREVALENZA

Lo studio sulla sieroprevalenza HCV ha coinvolto 673 persone che usano sostanze afferenti a tutti i servizi di Villa Maraini (prevalentemente della bassa soglia, tra cui l'Unità di strada - camper posizionato in due aree strategiche romane per il traffico ed il consumo di sostanze, stazione Termini e Tor Bella Monaca) a cui è stato eseguito il test rapido anticorpale HCV.

Nella coorte di PWUD esaminata, la sieroprevalenza HCV

corrisponde al 31,5%, circa 14 volte superiore a quella della popolazione generale in Italia, stimata al 2,3%; analizzando i PWID, la popolazione caratterizzata dall'utilizzo di sostanze per via iniettiva, la sieroprevalenza HCV sale al 60%.

## I DATI DI EFFICACIA E ADERENZA

Lo studio sull'efficacia e aderenza al trattamento condotto in partnership con il Dip. Malattie Infettive del Policlinico Tor Vergata di Roma, ha dimostrato un'aderenza al trattamento >80% persino nella categoria più difficile delle dipendenze, ovvero gli Out of Care che usano attivamente sostanze stupefacenti con tassi di guarigione del 98.5%.

## RACCOMANDAZIONE 1: LO SCREENING

Sebbene persone che usano sostanze abbiano ancora difficoltà ad entrare nei programmi di trattamento per l'infezione da HCV, a causa del loro status, della loro stigmatizzazione, delle loro condizioni sociali, i nostri dati dimostrano che perfino i tossicodipendenti attivi possono raggiungere elevati livelli di aderenza al trattamento con i nuovi DAA e percentuali di successo della terapia paragonabili a quelli della popolazione generale. È indispensabile quindi incrementare lo screening capillare per persone che usano sostanze sul territorio, le corsie preferenziali riservate nelle strutture ospedaliere che siano veloci e libere dalla burocrazia, per aprire la strada alla decentralizzazione del trattamento che sicuramente è la strategia più efficace per aumentare l'accesso alle cure delle persone che usano sostanze.

## RACCOMANDAZIONE 2:

### LA PREVENZIONE COMBINATA

Una combinazione di strategie di prevenzione, tra cui il trattamento dell'HCV, è fondamentale per ridurre sostanzialmente la trasmissione e la prevalenza dell'HCV in queste popolazioni, specialmente in ambienti con un'elevata copertura di strategie di riduzione del danno. Infatti il trattamento dell'epatite C può avere un impatto sinergico agli strumenti della prevenzione, in particolare se combinato con gli interventi di riduzione del danno del trattamento sostitutivo con oppiacei (Methadone Maintenance Program) e con i programmi di aghi e siringhe pulite (Needle Sharing Program). Lo studio Meet, Test and Treat è stato presentato da E.Teti all'ICAR 2018 di Roma.

(1), UOC Malattie Infettive - Policlinico Tor Vergata, Roma;  
(2), Fondazione Villa Maraini

SOCIALE

ROBERTO BIONDI

# MIGRANTI E SALUTE

SECONDO IL "RAPPORTO OSSERVASALUTE 2016" A CURA DELL'UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE, IL POPOLO DEI MIGRANTI RAPPRESENTA UN VERO E PROPRIO SESTO CONTINENTE, ABITATO DA 250 MILIONI DI INDIVIDUI, DI CUI 21 MILIONI SONO RIFUGIATI (PERSONE COSTRETTE A LASCIARE IL LORO PAESE D'ORIGINE A CAUSA DI RAGIONI POLITICHE, RELIGIOSI O RAZZIALI) E PIÙ DI 3,5 MILIONI PROFUGHI (COSTRETTI A LASCIARE LA PROPRIA PATRIA A CAUSA DI EVENTI BELLICI, PERSECUZIONI, CATACLISMI).

## INTERVISTA DI DELTA A UN DIRIGENTE DI UN CARA (CENTRO DI ACCOGLIENZA RICHIEDENTI ASILO)

D: Negli ultimi 12 mesi avete ricevuto meno migranti?

R: Sì, abbiamo ricevuto circa il 67% in meno e cioè 500 persone rispetto alle 1.500 degli anni precedenti.

D: Dichiarano apertamente la loro provenienza?

R: Sì, e questo ci permette al loro arrivo di raggrupparli per etnie e provenienza.

D: La struttura CARA ospita oggi persone in esubero?

R: Da quando sono diminuiti gli arrivi ospitiamo il numero di persone previste per la struttura. Negli anni precedenti il numero di presenze era eccessivo rispetto alla sua capienza.

D: Le analisi cliniche per il controllo del loro stato di salute avvengono al CARA?

R: Sono effettuate presso gli ospedali di riferimento del CARA di destinazione. In particolare si effettuano screening sanitari per identificare i casi più vulnerabili.

D: In percentuale, ritiene che l'incidenza di malattie sia molto alta?

R: La percentuale è molto bassa e varia in base alle nazionalità di provenienza, globalmente intorno al 10% circa. Del resto se non fossero sani, non riuscirebbero a sostenere il peso disumano del viaggio da paesi lontani. La maggior parte delle malattie che riscontriamo sono quelle infettive.

D: Quali?

R: La prevalenza è legata al paese di provenienza (tubercolosi, malaria...), ma molti contagi avvengono a causa delle violenze fisiche che raccontano di subire prima del viaggio nel Mediterraneo. Spesso le vittime sono anche incinte ed accompagnate dal marito, che subisce anche lui violenza fisica o psicologica.

D: Dunque, arrivano persone in maggioranza sane. Quando si contagiano con malattie infettive non endemiche?

R: I casi di positività alle malattie infettive restano stabili fino a che le persone permangono nel centro di accoglienza, che non può durare più di uno, massimo due anni. Se non riescono ad ottenere alcun permesso di soggiorno durante la permanenza al CARA, vengono espulsi dall'UE. Generalmente decidono di abbandonarlo prima della scadenza se capiscono che non otterranno il permesso. Ma, dato che non hanno documenti, né tessera sanitaria, decidono di non accedere ai servizi pubblici per paura di delazioni.

D: La comunicazione di un'eventuale malattia, ha un impatto psicologico? Hanno consapevolezza dell'importanza della salute?

R: La comunicazione di malattia non sembra avere un impatto psicologico in quanto la maggior parte di essi non è a conoscenza delle malattie ed è all'oscuro dei rischi di non curarsi e di quelli legati a possibili contagi. Molti di essi non hanno mai visto pillole o pomate.

In Italia, i continui sbarchi hanno creato molti contrasti politici e sociali, fonte spesso di confusione, pregiudizi e stigma; non solo sotto il profilo umano, ma anche riguardo a quello della salute, aiutandoci a capire come il nostro Paese stia interagendo in modo drammatico con questo fenomeno inarrestabile.

## MALATTIE TRA I MIGRANTI

Quando si parla di clandestini, non si può fare a meno di discutere del loro stato di salute, in primis la Tubercolosi e l'AIDS.

I sistemi di sorveglianza del nostro Paese sono in grado di controllare il fenomeno e rivelare l'incidenza della tubercolosi che negli ultimi anni è in calo anche tra gli immigrati: dal 2006 al 2016 i tassi si sono quasi dimezzati, passando da 84 a 45 su 100.000 stranieri residenti (Mds - dati Osservasalute).

Lo stesso vale per l'HIV. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, se consideriamo i casi di AIDS degli stranieri residenti in Italia, osserviamo che da 58 casi su 100.000, alla fine degli anni novanta, si è passati a 7 nel 2016.

L'inversione di tendenza è dovuta all'introduzione di terapie efficaci e alla possibilità per gli immigrati di usufruirne, grazie alla normativa che permette di accedere ai servizi anche a chi non ha documenti italiani.

"L'accesso alle cure della persona straniera" è un vademecum dedicato ai migranti sull'assistenza socio-sanitaria in Italia (COA CENTRO OPERATIVO AIDS).

La Costituzione Italiana (DLvo 286/98, art. 35, comma 3) garantisce ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul territorio, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, con particolare riguardo alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive tra cui l'HIV.

## PREGIUDIZIO

Finché l'accoglienza sarà percepita come una minaccia, ci saranno sempre paura e odio. Il pregiudizio e l'ignoranza sono i veri nemici della lotta all'Aids e alle MST, più difficili da sradicare dell'evidenza scientifica.

Il vero problema è la vulnerabilità del profugo, soprattutto se vive in condizioni di povertà ed esclusione sociale, una volta uscito dai centri di accoglienza dove ci sono controlli e cure.

# SULLA CAPACITÀ DI AMARSI...

(L'OMOFobia INTERIORIZZATA)

SOCIALE  
LIA BOVE

## PRIMA PARTE

**Se saprai starmi vicino,  
e potremo essere diversi...  
Allora sarà amore  
e non sarà stato vano aspettarsi tanto.  
(Pablo Neruda)**

Nel 2016 il progetto Angelo Azzurro del Circolo Mario Mieli, finanziato dalla Regione Lazio e rivolto a persone LGBT over 55, ha fornito dati in linea con numerose ricerche esistenti come ad esempio la review di NewComb & Munstanki (2011) dove era stata già evidenziata una forte relazione tra omofobia interiorizzata e comportamenti sessuali a rischio.\*

Le storie narrate dai partecipanti al progetto evidenziano come la definizione di "omofobia interiorizzata" tenti di riassumere, senza riuscirci del tutto, la complessità di un fenomeno legato alla fragilità dell'uomo di fronte al rifiuto, alla condanna, alla derisione al punto da convincersi che la propria vita, la sua persona valgono poco o niente. La sessualità in alcuni casi, diventa un mezzo per realizzare fantasie autodistruttive che trovano nel rischio di contrarre l'HIV o altre MTS una sorta di espiatione da un peccato originale, quello di essere omosessuale.

Punirsi dunque, attraverso quella sessualità vissuta come colpa e vergogna, diventa un gesto simbolico e riassuntivo di una profonda sottomissione ad una immagine svalutante di Sé e di una incapacità di affrancarsi da una condanna morale antica. Le persone omosessuali, infatti, da sempre si sono scontrate con pregiudizi e discriminazioni, passando dai campi di concentramento a quelli di rieducazione, dagli elettroshock alle terapie riparative sviluppando nel tempo una cultura dell'invisibilità (Lingiardi 2011).

### DA PAZZIA A NORMALITÀ

Quando nel 1973 l'American Psychiatric Association elimina dal DSM la diagnosi di "omosessualità egosintonica" cancella dagli elenchi dei disturbi mentali l'omosessualità, ha inizio un processo di depatologizzazione della stessa che a livello sociale comincia ad acquisire maggiore visibilità, grazie anche al coming out di personaggi pubblici noti e a porsi all'attenzione della giurisprudenza, delle scienze psicologiche, sociali, filosofiche.

Nel 2000 l'APA disconosce ogni trattamento psichiatrico che consideri l'omosessualità un disturbo mentale o che sia volto a modificare l'orientamento sessuale, sottolinea l'assenza di dati scientifici a sostegno delle terapie riparative e mette in guardia dai danni provocati dalle stesse. Nel 2005 l'APA sostiene le unioni civili come intervento

a favore della tutela della salute mentale delle persone omosessuali, sostenendo il valore che il riconoscimento sociale e giuridico hanno nel togliere all'omosessualità il contenuto minaccioso di cui è investita, disincentivano le azioni violente e persecutorie, riducono l'omofobia.

Con il termine omofobia, si fa riferimento ad un'avversione ossessiva verso le persone omosessuali e l'omosessualità, ma pur rientrando nel quadro delle paure irrazionali, presenta caratteristiche atipiche rispetto ad esso. Innanzitutto la persona affetta da fobia patisce tale condizione, in quanto la vita sociale e relazionale risultano fortemente compromesse, tanto da desiderare di porre rimedio al proprio stato di sofferenza.

### MA L'OMOFobia RESTA

La persona omofoba invece vive in maniera indisturbata la sua vita, non nutre alcuna motivazione a risolvere la propria la fobia che ritiene motivata e socialmente condivisa.

Colpisce ancora oggi, il pensiero prevenuto con il quale si entra nelle vite altrui, la cui conoscenza passa attraverso schemi teorici rigidi e generalizzazioni che fanno scomparire l'unicità di una storia, quella che dà respiro e anima la trama spesso complessa delle relazioni umane. Di fronte a condizioni percepite come estranee e pertanto destabilizzanti si fa appello alla patologia al fine di controllare, circoscrivere, neutralizzare qualcosa che inquieta.

Il consolidato e diffuso clima omofobico, con i suoi modelli e i suoi stereotipi, viene internalizzato precocemente così che un bambino, una volta divenuto adolescente non solo dovrà confrontarsi con i mutamenti fisici, cognitivi e affettivi ma dovrà interpretare con ansia e paura le proprie fantasie e pulsioni riguardo l'orientamento sessuale. L'adolescente che maturerà il dubbio o la certezza di un orientamento in senso omosessuale sentirà messe in discussione le certezze affettive e relazionali che poggiano su codici di valori e aspettative socialmente condivisi e che connotano negativamente quanto va sperimentando nella scoperta del proprio Sé.

E' un processo evolutivo che vede incrinarsi pericolosamente l'autostima e l'accettabilità dell'immagine di Sé. La paura di essere derisi o fatti oggetto di violenze ostacola l'apertura verso gli altri, privandosi di quegli scambi affettivi, relazionali e di rispecchiamento nei pari di età, esperienze fondanti per la costruzione dell'identità. Quando l'angoscia del rifiuto e il senso di indegnità si estende alle relazioni familiari, il dolore diventa lancinante nel tentativo di conciliare quel modello interpretativo della realtà avu-

to in eredità, con funzione prescrittiva di comportamenti, valori, ruoli e funzioni e la percezione sempre più chiara della propria diversità.

### IDENTITÀ E PAURA

La crisi vissuta si estende su due livelli: l'identità e la trama relazionale, in quanto comporta una ridefinizione di un modo di appartenere ad un sistema di relazioni, reale o fantasmatico. La paura di deludere, di non corrispondere all'ideale di figlio che si ritiene appartenga ai propri genitori è alla base di angosce fallimentari e un doloroso senso di vuoto. Il processo di costruzione della propria identità poggia sulle esperienze di Sé all'interno delle relazioni primarie (D. Stern 1995) in base a quanto accade al Sé quando si trova con gli altri. Tali rappresentazioni riguardano dunque le esperienze di interazione con gli altri significativi. Winnicott diceva "il bambino negli occhi della madre vede se stesso" (1957, 1965, 1971) spiegando, in maniera magistrale l'importanza fondamentale nella costruzione del senso di identità da parte del bambino, delle immagini di Sé rimandate dall'altro e il ruolo delle reveries, preoccupazioni, fantasie e identificazioni proiettive della madre (oggi diremmo anche del padre) nello sviluppo psichico del figlio.

### IDENTITÀ E COLPA

L'esperienza primaria dell'essere amati e dunque accettati pone le basi per una stabilità interna, elemento necessario a sostenere il processo di differenziazione e individuazione del proprio Sé. La precarietà delle esperienze affettive primarie costituisce un elemento di rischio, di fronte a situazioni che richiedono coraggio nell'affermare la propria specificità. La rigidità e flessibilità di una cultura familiare può favorire o ostacolare il processo di individuazione e messa a punto dell'identità. Spesso l'omosessualità si pone come elemento di differenziazione che mette in discussione l'appartenenza e la lealtà ad una cultura familiare rivestendo di connotazioni catastrofiche l'espressione della propria diversità.

Questo modo di interpretare la realtà il soggetto lo eredita e lo traduce in senso di colpa, timore del fallimento e dell'abbandono. Il risultato è una pseudodifferenziazione ossia un congelamento dell'universo ideologico affettivo della famiglia e l'inibizione dell'evoluzione e affermazione della propria specificità. Nel tentativo di corrispondere alle aspettative genitoriali si arriva a negare una parte fondamentale di Sé che si accompagna a sentimenti di colpa e vergogna. Ciò che viene proiettato sull'immagine di Sé sono le ac-

cuse e i giudizi negativi che si imprimono a partire dai primi ricordi; è questa proiezione che genera l'esperienza cosciente dell'autoaccusa, del disvalore e della colpa. La clandestinità finisce per accogliere le timide manifestazioni di un'affettività che spesso non arriva a maturare sotto il peso di una sessualità dai caratteri emotivi complessi e inconsapevoli, che spesso agisce sentimenti di rifiuto e disprezzo di Sé. La sessualità si pone come mezzo per uscire da un'angoscia esistenziale ed è allora che la ricerca di sensazioni forti accetta il rischio, nel tentativo di contrastare quel vuoto lasciato dall'assenza di una rappresentazione di Sé accettabile.

### PULSIONI E RISCHIO

La percezione del rischio si lega alla paura e la paura a sua volta si lega all'incapacità di collegare le proprie azioni con le proprie scelte derivanti dalla riflessione. La riduzione dell'attività elaborativa e riflessiva porta ad una sottovalutazione dei rischi reali presenti in una sessualità non protetta che vede l'Io sotto l'egida del principio del piacere e di pulsioni aggressive a forti caratteristiche intrapuntive. Le strategie di prevenzione in materia di HIV e MST pertanto non possono prescindere da un'analisi approfondita dell'impatto e della funzione che i comportamenti sessuali a rischio hanno nell'economia psichica di un individuo.



(\*) Dott. Giuseppe Anastasi e dott. Moreno Ortoman, psicoterapeuti cognitivo-comportamentali, volontari Circolo Mario Mieli, Roma

## LA RICERCA DELLA CURA DELL'HIV: LE ASSOCIAZIONI SI CONFRONTANO

Le diverse posizioni della community rispetto alla ricerca per una "cura" definitiva dell'HIV ogni anno si confrontano e dialogano in occasione del "Cure Community Workshop". Si tratta di un organizzato da una rete di associazioni il giorno prima dell'apertura del CROI, la maggiore conferenza scientifica su HIV e retrovirus che si tiene ogni anno negli USA. In particolar modo quest'anno, l'apuntamento che si è svolto il 3 marzo a Seattle ha cercato di portare il dibattito sulla ricerca di una cura all'HIV al di fuori dell'ambiente strettamente scientifico: la sessione pomeridiana, infatti, si è tenuta nella spettacolare Seattle Public Library per coinvolgere anche la città e allargare il bacino di persone informate sull'argomento. L'ambiente informale ha anche permesso di celebrare con tanto di torta e candeline il 12esimo anniversario dell'interruzione della terapia antiretrovirale da parte di Timothy Ray Brown, il "paziente di Berlino" che ad oggi è l'unica persona che risulta non avere più alcun segno di HIV senza terapia per un tempo così lungo.

La mattinata invece ha visto il dibattito incentrarsi su temi più "tecnici" ma sempre affrontati dal punto di vista della community.

Etica, rappresentanza dei sottogruppi negli studi clinici, difficoltà di informare correttamente i partecipanti e criteri per interrompere il trattamento antiretrovirale in maniera più sicura sono alcuni degli argomenti trattati, che non hanno mancato di suscitare posizioni differenti da parte dei diversi rappresentanti delle associazioni presenti.



## L'EUROPA A DUE MARCE DEGLI STANDARD OF CARE

La conferenza "Standard of Care for HIV and Coinfections in Europe" organizzata a Bucarest dalla European AIDS Clinical Society è stata l'occasione per fare il punto sulle differenze nei livelli di assistenza disponibili nelle diverse regioni del continente europeo e per definire un target minimo che dovrebbe essere garantito in tutti i paesi della regione europea dell'OMS. Obiettivo difficile considerando che tra paesi dell'Europa occidentale, centrale e orientale sussistono differenze enormemente significative nella diagnosi, trattamento e cura di HIV, epatiti e tubercolosi.

Il caso più eclatante è rappresentato dalla spaventosa epidemia di HIV in corso nei paesi ex-sovietici. In Europa orientale e Asia Centrale vivono con HIV 1,4 milioni di persone, di cui tre quarti in Russia. Come ha illustrato il direttore regionale UNAIDS per questa area Vinay Saldanha, 34.000 persone sono morte di complicanze collegate all'AIDS l'anno scorso. La situazione in questa regione rappresenta la crisi più grave a livello globale, dopo l'Africa sub-sahariana, e la peggiore in assoluto in termini di collegamento e mantenimento ai servizi di cura. Se, infatti, il test HIV è ampiamente diffuso (ne sono stati eseguiti 166 ogni 1000 abitanti nell'Europa orientale, contro i 42 ogni 1000 abitanti nell'Unione europea), pochi sono quelli che iniziano la terapia antiretrovirale e ancor meno quelli che restano in carico ai servizi di cura. La treatment cascade della regione mostra un discreto 73% di persone con HIV che conosce il proprio stato, ma solo il 36% di queste è in terapia e il 26% ha carica virale non rilevabile. Anche se negli ultimi anni il profilo sta cambiando, l'epidemia nella regione orientale vede ancora le persone che usano droghe per via iniettiva tra le più colpite. E non sorprende, quindi, che oltre che con l'HIV molte di queste vivano anche con il virus dell'epatite C. "Siamo in una regione in cui 1,9 milioni di persone che usano droghe per via iniettiva hanno l'epatite C e di queste 750.000 hanno anche l'HIV" ha detto Michel Katzatchkine, inviato speciale delle Nazioni unite sull'HIV nell'Europa centrale e orientale.

Per curare l'epatite C, l'accesso alle terapie con farmaci antivirali ad azione diretta è ancora molto al di sotto degli obiettivi: in Europa, un terzo delle persone con HCV conosce il proprio stato (contro un target del 90%), e solo il 13% dei diagnosticati ha ricevuto il trattamento (mentre

l'obiettivo sarebbe dell'80%). Ma non basterebbero i farmaci per fermare la diffusione di HCV in Europa orientale e Asia centrale. Secondo un modello epidemiologico, aggiungere la terapia ai servizi attualmente disponibili in Bielorussia, Georgia, Moldavia, Kazakistan e Tajikistan ridurrebbe le nuove infezioni da HCV solo di un 1-14%. Invece, fornire aghi e siringhe le ridurrebbe del 10-25% e aggiungendo anche la terapia sostitutiva si potrebbe far crollare le nuove infezioni del 45-55%. Tuttavia, i servizi per chi usa droghe per via iniettiva sono scarsissimi: "L'uno per cento di loro ha accesso alle terapie sostitutive e la cifra media annuale di siringhe pulite distribuite è di 15 a testa. Si tratta di una emergenza sanitaria" lamenta Katzatchkine.

A complicare ulteriormente il quadro c'è la tubercolosi che pone delle sfide particolari in merito alla offerta delle cure. Alexander Panteleev della Università medica statale di San Pietroburgo ha evidenziato tre sfide principali: la mancanza di servizi sociali per le persone che usano droghe per via iniettiva (e che costituiscono i due terzi delle persone co-infette con HIV e TB), la ritrosia dello staff medico che è "intollerante verso forme di comportamento socialmente devianti" e la scarsa fiducia verso i lavoratori del sistema sanitario e verso il trattamento che fa sì che le persone non chiedano la terapia. "Il supporto alla pari potrebbe essere una parte della soluzione – ha detto Panteleev – Le persone co-infette che usano droghe in Russia hanno disperato bisogno che le autorità nazionali, regionali e locali riconoscano il valore delle organizzazioni della società civile che possono aiutare e formare assistenti alla pari per accompagnare i loro compagni nel difficile percorso verso il recupero della salute".

## IL NORD-AMERICA SOSTIENE LA CAMPAGNA U=U

Non ci sono più dubbi: avere carica virale non rilevabile rende le persone con HIV incapaci di trasmettere l'infezione ai loro partner sessuali. Ora che le evidenze scientifiche si sono accumulate, sono le autorità sanitarie a dover sposare questo concetto, sinteticamente espresso nello slogan della Prevention Access Campaign "U=U", che sta per "Undetectable = Untransmittable". Un bel passo in avanti in questa direzione è avvenuto con la pubblicazione sulla prestigiosa rivista JAMA di un editoriale firmato da diversi alti funzionari dell'Istituto nazionale per le allergie e le malattie infettive dello statunitense National Institute of Health (NIH), capeggiati dal direttore Anthony Fauci. Nell'articolo gli autori, oltre a ripercorrere le tappe che hanno portato alla dimostrazione del concetto di

non-infettività delle persone con HIV in terapia antiretrovirale efficace, evidenziano i quattro principi essenziali per raggiungere e mantenere una carica virale non rilevabile, condizione indispensabile per poter fare affidamento sul concetto di U=U.

Il primo principio è la corretta aderenza: perché la terapia antiretrovirale possa fornire il massimo dei benefici, i farmaci vanno assunti come prescritto. In secondo luogo, possono occorrere fino a 6 mesi dall'inizio della terapia per raggiungere la non rilevabilità della carica virale: in questo periodo non ci si può ancora considerare non-infettivi. Il terzo principio fa riferimento a un corretto monitoraggio della carica virale, tale da assicurare che essa sia effettivamente soppressa in ogni momento: le linee guida statunitensi raccomandano un test della carica virale ogni 3-4 mesi dopo il raggiungimento della non-rilevabilità e poi, se la soppressione virale e un buono stato immunologico vengono mantenuti per più di due anni, si può passare a testare la carica virale ogni 6 mesi. Infine, quarto punto, interrompere la terapia nega la validità di U=U: in altre parole, se si smette di prendere i farmaci, nel giro di 2-4 settimane la carica virale ritorna a livelli elevati, rendendo di nuovo possibile la trasmissione dell'infezione.

*L'editoriale di Fauci e dei suoi colleghi evidenzia le importanti implicazioni del concetto di U=U: questo, infatti, può incentivare le persone con HIV a iniziare la terapia e a una corretta aderenza. Dal punto di vista epidemiologico, inoltre, è uno strumento fondamentale per la prevenzione dell'infezione da HIV. Il concetto di U=U, poi, unisce scienze mediche e scienze sociali, rimuovendo il senso di paura e di colpa che una persona con HIV può sentire al pericolo di danneggiare gli altri. Infine, ci sono importanti implicazioni legali laddove il codice penale è usato per condannare la sospetta, percepita o potenziale esposizione all'HIV di una persona verso un'altra.*

L'endorsement della massima autorità in campo HIV dell'NIH costituisce un importante precedente che richiama tutte le autorità sanitarie del pianeta a seguirne l'esempio. In realtà, a dicembre già il Canada era diventato il primo paese al mondo ad appoggiare ufficialmente la campagna U=U. In occasione dell'AIDS Day, la ministra della salute Ginette Petitpas Taylor aveva annunciato di appoggiare ufficialmente la campagna: "Il coraggio delle persone che vivono con HIV mi ha ispirato – si legge nella sua dichiarazione – Il supporto continuo a iniziative come la campagna Undetectable = Untransmittable sono fondamentali per mettere fine allo stigma connesso all'HIV. Porre fine allo stigma ci aiuterà moltissimo a prevenire nuove infezioni, raggiungere i non diagnosticati e ad assicurare che le persone con HIV ricevano le cure, il trattamento e il supporto di cui hanno bisogno".



**“FREDDIE CI FU PORTATO VIA TROPPO GIOVANE, MA C’È ANCORA TEMPO PER FARE LA DIFFERENZA E CAMBIARE I DESTINI DI MILIONI NEL MONDO”.**

[www.mercuryphoenixtrust.com](http://www.mercuryphoenixtrust.com)

### BOHEMIAN RHAPSODY

A 27 anni dalla morte di Freddie Mercury, l'artista è stato celebrato dal biopic *“Bohemian Rhapsody”* (2018), diretto da Bryan Singer, il cui titolo cita la celebre canzone omonima dei Queen, il gruppo rock di cui Freddie fu l'insostituibile front-man.

La storia del film ripercorre i primi quindici anni del gruppo, dalla nascita della band, avvenuta nel 1970, al Live Aid, celebre ed eccezionale concerto rock tenutosi nel 1985 al Wembley Stadium di Londra, organizzato allo scopo di ricavare fondi per alleviare la carestia etiopica. *“Bohemian Rhapsody”* ha attratto nelle sale cinematografiche milioni di persone e l'attore che interpreta Mercury, Rami Malek, ha vinto il Golden Globe e il SAG Awards (Screen Actors Guild).

Per chi, come me, i Queen li ha vissuti all'apice del loro splendore, attendendo, con cadenza ciclica il loro nuovo singolo subito trasmesso alle radio e correndo a comprare il vinile, questo gruppo rock è un fenomeno di massa quasi ineguagliabile che oggi assurge al mito.

### L'OMBRA DELL'IGNOTO

Sebbene la fine Anni Ottanta e i primi Novanta furono per l'Aids un'ecatombe che ancora mi rimane difficile accettare, Freddie Mercury non si lasciò sconvolgere più di tanto. Anzi, l'HIV fu solo uno dei problemi che gli toccò vivere in un periodo carico di dubbi personali e professionali.

Mercury non si soffermò sulla gravità della malattia né sull'inesorabilità della morte; si può dire che gli servì da stimolo per continuare a lottare, sbrigarsi a riparare gli errori del passato e ritrovare l'uomo che gli aveva offerto la possibilità di stabilire un rapporto nel momento in cui avrebbe deciso di cambiare il suo stile di vita: Jim Hutton, che Mercury aveva conosciuto in una delle sue tante feste di sesso e droga; un compagno che gli diede una lezione di autostima e dignità, proprio mentre Mercury lottava contro la malattia, contro il crollo della band, contro l'indebolimento fisico, stringendo con lui una relazione durata sei anni, fino alla sua morte. L'HIV non ha steso un'ombra sui progetti di Mercury ma, al contrario, è stato uno stimolo per la sua lotta contro il tempo perduto, le defaillance

**Farrokh Bulsara, in arte Freddie Mercury, era nato a Zanzibar il 25 settembre 1946. Era il 1991 quando sui giornali apparve la notizia che Freddie Mercury dichiarava di essere malato di Aids. Dopo pochi giorni morì a Londra il 24 novembre 1991.**

provocate dal successo e dalla droga, per realizzare gli ultimi successi.

### THE MERCURY PHOENIX TRUST

Dopo la scomparsa di Freddie Mercury, nel 1992, i membri dei Queen e il loro manager hanno fondato *“The Mercury Phoenix Trust”*. Un'organizzazione di volontariato e di informazione che diede il via alla raccolta di proventi contro l'HIV-AIDS e che negli ultimi 21 anni ha ricavato oltre 15 milioni di dollari e portato avanti più di 700 progetti. Il concerto al Wembley Stadium di Londra (il Freddie Mercury Concert for Aids Awareness, tenutosi il 20 aprile 1992) sensibilizzò gli ascoltatori a iniziare a devolvere donazioni che superarono la cifra sperata, oltre un milione di dollari, in sostegno di quella stessa popolazione africana che tutt'oggi necessita di tanto aiuto da quando l'epidemia dell'Aids si è aggiunta ai problemi della povertà e della fame.

### ARTE E HIV

*Bohemian Rhapsody*, a quasi trent'anni dalla morte di Mercury, lo fa brillare di una luce nuova. Il titolo stesso è indicativo. La rapsodia è una danza ritmata e armonica, ricca di spunti melodici e quasi improvvisati, come in fondo è stata la vita sul palcoscenico di Freddie Mercury; mentre bohemien richiama quello stile di vita legato a un periodo storico, il XIX secolo, in cui gli artisti vivevano in modo anticonformista e libero, immersi nell'arte senza badare ad altro.

Il film ha un duplice scopo. Da un lato scopriamo il Freddie Mercury uomo e la sua necessità di accettare la propria omosessualità, il suo bisogno d'amore che è stato fonte della sua ispirazione; dall'altro si assiste allo spegnersi di una stella che all'improvviso muore di Aids.

Anche se di Aids si parla solo verso la fine del film, il messaggio da cogliere sta nel fatto che, mentre trent'anni fa la malattia non dava quasi speranze di sopravvivere, cogliendo i malcapitati alla sprovvista e in fase di Aids conclamato, oggi ci sono le terapie che permettono di affrontarla e tenerla sotto controllo.

La luce di Freddie Mercury che si è spenta in modo così repentino, con le dovute precauzioni continuerebbe a brillare. Ecco perché la sua vicenda va letta come un faro per la società moderna, affinché si comprenda che c'è bisogno di essere consapevoli del rischio di infettarsi. Solo attraverso il test e una corretta informazione si evitano spiacevoli sorprese e la sieropositività con le dovute cure permette di condurre una vita normale.

### STIGMA E CRIMINALIZZAZIONE

Nel film, quando Freddie Mercury comunica alla band il suo stato di salute non viene lasciato solo. I Queen sono dipinti come una vera e propria famiglia coesa nella buona e nella cattiva sorte.

Ancora oggi, l'Hiv-Aids è circondato da un'aura di stigma e criminalizzazione. Alcune false certezze sono difficili da scardinare. Il pregiudizio nei confronti di chi si infetta compromette la qualità della vita ancor più della presenza del virus che con l'aderenza alla terapia e la carica virale undetectable non è trasmissibile.

L'impegno dei medici infettivologi, dei ricercatori e degli attivisti continua a smuovere le coscienze e divulgare messaggi per sensibilizzare l'opinione pubblica e una classe politica spesso troppo assente.

Le persone devono essere sempre più informate con adeguate campagne di prevenzione di massa. Non si può continuare a vacillare nell'ombra dell'ignoranza. Non c'è un Dio infuriato che punisce i peccatori. Tutti corriamo gli stessi rischi e nessuno deve essere giudicato perché sieropositivo finendo per auto-discriminarsi, negarsi la sessualità, i rapporti sociali e l'auto-stima.

L'atteggiamento di Mercury, trent'anni fa, fu singolare strano, raro, in un momento storico nel quale era più comune lasciarsi travolgere da una simile malattia. Mercury in qualche modo è stato un modello profetico di come oggi è più facile, persino giustificato, accettare di essere sieropositivi.

### REAGIRE ALLA PAURA

Il film si chiude quando Freddie Mercury arriva al Live Aid dove, nel backstage, attraversa il passaggio che lo separa dal palcoscenico, inondato di luce radiosa, pronto a sparire nell'abbraccio del suo pubblico, sotto un cielo chiaro, infinito, che mai permetterà di dimenticarlo.

Eppure quella luce simboleggia la fine di una rapsodia che inebria e libra per l'ultima volta le sue note senza regole.

Oggi abbiamo i mezzi che ci permettono di salvarci attraverso una strategia sanitaria che fa sì che la luce dentro di noi non si spenga di colpo; esistono cure efficaci e la malattia a ogni modo, sempre con sforzo, volontà e perseveranza, riesce a essere controllata. Lo straordinario successo di questo lungometraggio spero induca a riconsiderare la diversità come parte integrante e irrinun-

ciabile del nostro essere e a informarsi sulla patologia dell'Hiv, ancora ignorata dalle masse e per questo temuta troppo o troppo poco.

### Bohemian Rhapsody LA CANZONE

È la canzone più venduta in Inghilterra, la seconda più trasmessa nelle radio britanniche e l'unica nella storia ad aver conquistato la prima posizione nelle classifiche inglesi in due occasioni: quando uscì la prima volta, nel 1975, e la seconda, quando morì Freddie Mercury, nel 1992.

Il significato del testo rimane un mistero. I componenti della band hanno sempre sostenuto che l'unico a poterne spiegare il contenuto fosse lo stesso Mercury, che non si sbilanciò mai sull'argomento. Secondo uno dei biografi più importanti dei Queen, con questa canzone Mercury volle gridare al mondo la propria omosessualità.

*Is this the real life?  
Is this just fantasy?  
Caught in a landslide,  
No escape from reality.  
Open your eyes,  
Look up to the skies and see,  
I'm just a poor boy, I need no sympathy,  
Because I'm easy come, easy go,  
Little light, little low,  
Anyway the wind blows doesn't really matter to me,  
to me.  
Mama, just killed a man,  
Put a gun against his head,  
Pulled my trigger, now he's dead.  
Mama, life had just begun,  
But now I've gone and thrown it all away. (...)*

*Questa è la vera vita?  
O è solo fantasia?  
Travolto da una frana,  
Senza scampo dalla realtà.  
Apri gli occhi,  
Alza lo sguardo al cielo e vedrai,  
Sono solo un povero ragazzo, non ho bisogno di essere capito,  
Perché mi lascio trasportare, sono un indolente,  
un po' su, un po' giù,  
Comunque il vento continua a soffiare, a me non importa.  
Mamma, ho appena ucciso un uomo,  
Gli ho puntato una pistola alla testa.  
Mamma, la vita era appena iniziata,  
Ma ora l'ho lasciata e l'ho buttata via. (...)*

In questa edizione 2019, l'obiettivo di riuscire a eradicare l'HIV con nuovi strumenti, anche se a lungo termine, è stato il motivo ricorrente di molte sessioni. Entrano sempre di più in scena gli studi che valutano la validità di alcuni strumenti e concetti innovativi, anche se sono molti i passaggi e molti gli approfondimenti che si devono fare per raggiungere l'obiettivo. E non è facile valutare, tra l'altro, la quantità di fondi che si devono investire. Ma alcuni possibili percorsi sono, almeno teoricamente, identificati.



## L'OPENING

Alla sessione di apertura, Anthony Fauci, che da 25 anni guida l'NIH, ha confermato che il presidente USA ha promesso fondi per la ricerca dal 2020, ribadendo che l'epidemia deve essere cancellata dal mondo. NIH si aspetta un fondo ad hoc, che dopo quello PEPFAR iniziato da Bush, potrebbe stimolare la ricerca in questo senso. Fauci, sottolineando più volte la teoricità del concetto, ha affermato che oggi vi è la proof of concept per eradicare l'HIV dal mondo se si potesse dare una terapia a tutti coloro che sono già infetti e a tutti coloro che sono a rischio. Basti pensare che unendo i due concetti TASP e U=U si deve poter cercare la formula ottimale per realizzare questo progetto, che però implica l'elaborazione di una strategia realizzabile nel mondo reale.

## GLI ADIUVANTI IN STUDIO

Lo stesso Nussenzweig della Rockefeller University ha mostrato come l'immunoterapia che sta emergendo dagli studi sugli anticorpi mono e policlonali, può diventare, una volta superata la fase di studi pre-clinici, un adiuvante alla ART o una cura stessa e ha sottolineato l'importanza che potrebbe rivestire nella prevenzione di nuove infezioni rinforzando l'immunità dell'ospite contro il virus. Un esempio è stato fornito dallo studio (**abs. 25, Tebas**) con la somministrazione di ZFN CCR5 ha dimostrato il mantenimento di livelli viremici bassi e il rialzo virologico modesto dopo l'interruzione, che potrebbe diventare un elemento che avvicina al concetto di cura. Presentati i dati sulla romidepsina (**abs 26**), pembrolizumab (**abs 28LB**), anticorpo monoclonale capace di inibire l'espressione dell'HIV (**abs 29LB**) e del CCR5 Delta 32 omozigotico capace di bloccare la replicazione virale per 16 mesi. Anche il rutoxinib, pur non avendo un'azione diretta di inibizione dell'IL6, ha dimostrato di riuscire a tenere bassi i valori di infiammazione nelle persone che da molti anni presentano positività al virus, anche senza viremia plasmatica rilevabile (**abs. 37 LB**). Alcune tra tutte queste molecole potranno divenire adiuvanti per la cura dell'HIV, se gli studi clinici ne confermeranno l'efficacia e saranno somministrabili in situazioni ove la risposta immunologica potrà non essere sufficiente a preservare la persona da altre co-patologie. Anche gli scissori molecolari eliminano l'espressione genetica del virus, almeno negli studi effettuati sulle scimmie.

## IL SECONDO PAZIENTE NEGATIVIZZATO

Nella storia dell'HIV solo due pazienti hanno avuto remissione completa dall'HIV. Il primo da alcuni anni, conosciuto come il "Berlin Patient" ed in questi giorni il secondo "the London Patient" ha confermato la propria negativizzazione dopo 18 mesi, senza più assumere la terapia. Si tratta di una persona con Sarcoma di Kaposi sottoposta a trapianto del midollo da una persona che aveva un raro gene conosciuto come CCR5-Delta-32. La ARV gli era stata sospesa dopo 16 mesi dal trapianto ed i ricercatori hanno fiducia che rimarrà sieronegativo, con remissione della patologia. Ovviamente, la procedura, molto invasiva, è al momento solo proponibile ad alcuni casi particolarmente gravi in cui non vi sono opzioni valide nell'armamentario ARV. Il terzo paziente con remissione di HIV ha raggiunto i 3 mesi di negativizzazione. Si attendono risultati più a lungo termine. Si consiglia la visione dell'intervista video effettuata alla prof.ssa Alessandra Bandera il 6 marzo, che chiarifica ulteriormente l'evento ([www.nadironlus.org](http://www.nadironlus.org)).

## PATOLOGIE CORRELATE

Se all'inizio dell'epidemia si assisteva a molte polmoniti, infezioni fungine, con l'allungamento della vita le patologie collegate all'HIV sono più subdole e invalidanti. Molti gli studi osservazionali che hanno riportato la prevalenza di tumori in presenza di HIV: tumori del polmone, Sarcoma di Kaposi e sua derivazione dall'EBV, cancro del seno, fratture che in particolare suggeriscono il costante monitoraggio della BMI, indice di massa corporea, in quanto le fratture rappresentano un rischio di mortalità di oltre il 50% delle persone che ne sono vittima, arresti cardiaci improvvisi collegati al basso numero di CD4 e alla viremia plasmatica non soppressa (**abs 30, 31, 32**).

## PrEP

La Gran Bretagna ha confermato un declino delle nuove infezioni HIV del 55% negli ultimi due anni. Il dato, che era già stato evidenziato in Germania e Svizzera, secondo gli epidemiologi può essere dovuto al maggiore accesso alla PrEP. Globalmente si stima una diminuzione del 30% a livello mondiale. Presentati anche uno studio sul **cabotegravir**, approvato in Europa col nome **Pifeltro** (contro placebo) sull'assenza di fenomeni metabolici nell'utilizzo in PrEP ed uno sui dati che dimostrano la **non inferiorità** del **Descovy** (**abs. 103 studio Discover, e abs. 104 LB** con somministrazione di tenofovir alafenamide con emtricitabina contro Truvada), anche se il periodo di induzione del farmaco è più lento rispetto a quello del Truvada e anche se una parte del dosaggio del farmaco non è assorbita interamente e quindi è meno presente nel tratto rettale.

## FARMACI IN STUDIO

Forniti i risultati a 48 settimane sulla somministrazione di **cabotegravir + rilpivirina con 2 iniezioni intramuscolari una volta al mese (studio Flaire, abs O13)** in switch da regimi orali (556 pazienti) a tre farmaci da almeno 20 settimane con una mediana di 444 CD4. Riscontrati i dati di **non inferiorità** e di tollerabilità. **Lo studio dimostra il potenziale terapeutico del CAB+RPV sotto forma iniettabile dopo il periodo di induzione con tre farmaci ad uso orale.** Lo studio **ATLAS** ha mostrato i risultati virologici della formulazione iniettabile con braccio di confronto di farmaci orali. Lo sviluppatore della combinazione chiederà l'approvazione a EMA e FDA per la somministrazione iniettabile una volta ogni due mesi, anche in considerazione dei dati di farmacocinetica presentati lo scorso luglio. Le concentrazioni PK della formulazione

iniettabile mostrano una curva al di sopra dell'AUC stabile per almeno 60 giorni. Se ne stima l'approvazione per gli ultimi mesi dell'anno in corso e ci si augura che AIFA e le regioni ne autorizzino la commercializzazione in Italia in tempi brevi.

**Un grande nuovo scenario si apre nella terapia per l'HIV:** sarà possibile scegliere se assumere una terapia orale o una iniettabile che avrà una durata di molti mesi. Ciò potrebbe essere di supporto alle persone che hanno difficoltà ad assumere compresse quotidianamente e conservare la terapia in luogo sicuro: si potrà scegliere una terapia iniettabile una volta ogni due mesi o quella orale quotidiana. Nadir farà il possibile affinché le istituzioni adattino la propria struttura di servizi a questo cambiamento rivoluzionario e permettano la somministrazione intramuscolare anche attraverso canali extra-ospedalieri, migliorando i livelli assistenziali necessari per renderlo fattibile.

Lo studio sul **Biktarvy** da switch in pazienti con resistenze archiviate (**biktegravir, emtricitabina e TAF, Studio GS-US-380-1474**) ha confermato che la singola compressa con i tre farmaci riesce a mantenere la viremia controllata in circa il 99% di pazienti in studio (561) anche in presenza di mutazioni genotipiche archiviate NRTI (ove però non è stata confermata l'efficacia della combinazione, **poster 2414**). Anche nello studio **4030** a 48 settimane non si sono riscontrate resistenze (**poster 3362**). Con questa combinazione, però, si è riscontrato un aggravamento dell'epatite B che ha obbligato alla sospensione della terapia. Anche con Biktarvy, si sono registrati problemi renali e quindi la terapia non può essere raccomandata a persone con insufficienza renale o sindrome di Fanconi. Da riportare casi di diarrea, nausea e cefalea. Il primo **inibitore della maturazione** in sviluppo, il **GSK2838232** ha mostrato la proof of concept in associazione con cobicistat, formulazione orale per 10 giorni in 33 pazienti con viremia plasmatica superiore a 350. Il dosaggio prescelto negli studi di fase IIA è di 100 mg che ha offerto un notevole abbassamento della viremia nei 10 giorni di studio. Per ora si ipotizza che sarà un farmaco capace di fornire uno strumento utile da introdurre nell'armamentario della terapia per persone che non hanno alternative terapeutiche. L'**inibitore capsidico** in studio col nome **GS-6207** ha iniziato il percorso di studio in 40 pazienti, volontari negativi, e conserva concentrazioni ematiche misurabili per 24 settimane nella formulazione che sembra consistere di un'unica somministrazione sottocutanea.

Per una visione più dettagliata della CROI, preghiamo consultare il nostro sito [www.nadironlus.org](http://www.nadironlus.org) nella pagina di attualità dal titolo:

CROI, le interviste video del presidente di Nadir a: Alessandra Bandera, Massimo Andreoni, Antonella Castagna, Gianni Di Perri, Massimo Cernuschi.

L'iniziativa ha avuto il patrocinio da Plus, Anlaids, NPS, Mario Mieli, ASA, LILA.

# U=U

**INNOVATIVA, RISPETTO AL TRADIZIONALE RAPPORTO SUGLI STUDI OSSERVAZIONALI DI COORTE, È STATA LA TAVOLA ROTONDA SUL TEMA DEL RISCHIO DI CONTAGIO CHE RAPPRESENTANO LE PERSONE CON HIV CON VIREMIA NON QUANTIFICABILE.**

## ATTUALITÀ DEL MESSAGGIO U = U

Ne hanno parlato i rappresentanti delle associazioni di lotta all'HIV e il direttore del Dipartimento di Epidemiologia dell'INMI ricordando che già dal Congresso IAS di Vienna nel 2009 Montaner aveva annunciato che si stava aprendo una nuova pagina nella storia dell'HIV in quanto la coorte svizzera aveva osservato l'impossibilità di contagiare un virus che nel flusso sanguigno era irrilevabile. Alla Conferenza di Roma nel 2011 venne presentato lo studio HTPN052 su persone sierodiscordanti ove si dimostrava che la riduzione del rischio di contagio scendeva del 96% in assenza di HIV RNA (<200 copie). In seguito altri studi dimostrarono che la percentuale di rischio in assenza di virus è pari a zero.

In pratica, il modello matematico di approssimazione mostra che ci vorrebbero oltre 400 anni di rapporti di coppia senza precauzioni per rendere possibile un contagio.

Ma ci si riferisce a coppie non promiscue e riguarda esclusivamente l'infezione da HIV.

## IL DATO È SCIENTIFICO, MA COME SI DEVE INTERPRETARE NELLA VITA QUOTIDIANA E NELLA SOCIETÀ CHE VIVE FUORI DAGLI STUDI CLINICI?

Sorge ora il problema di diffusione del concetto U = U. Se questa equazione può essere di stimolo alla persona con HIV nell'aderenza alla terapia, se può essere un deterrente contro la discriminazione delle persone con HIV, se può motivare ad accedere al test chi ha rapporti a rischio per evitare ciò che comporta l'ignoranza del proprio stato sierologico, un messaggio incondizionale sulla validità assoluta di U = U può comportare altri rischi.

## QUALI I LIMITI

Quello principale è che il messaggio non sia stato recepito e accettato da molti medici di varie discipline. Pertanto appare necessario e urgente che SIMIT convochi una "consensus" di medici e associazioni che avallino il valore

scientifico del messaggio in Italia. Un documento edito con la approvazione di SIMIT avrà valore di raccomandazione presso il Ministero della Salute e permetterà l'avvio di campagne di informazione mirate.

Sul versante della popolazione generale, di quella a rischio e di quella più vulnerabile, i partecipanti delle Associazioni sono concordi che una diffusione non articolata potrebbe indurre ad abbassare la guardia e fidarsi eccessivamente della dichiarazione di un/una partner occasionale che dichiara di avere viremia non quantificabile. Potrebbe anche generare confusione sul rischio di contrarre altre infezioni.

## QUALI LE ATTESE

Quella che ha maggior valore in ambito sociale è legata alla discriminazione delle persone con HIV: se una patologia, che può essere ad esito mortale in alcune circostanze non è contagiosa, l'emarginazione dei portatori sani, con la corretta informazione sui limiti di questa equazione, deve diminuire.

Se la diffusione dell'HIV può essere controllata grazie alle terapie, U = U dovrebbe indurre un maggior numero di persone a rischio ad accedere al test in modo regolare. Ovviamente il monitoraggio deve avvenire entro i 6 mesi dal test precedente.

L'aumento dell'aderenza da parte di chi è in terapia dovrebbe diventare un obbligo morale oltre che sociale per essere certi di mantenere la propria viremia sotto la soglia della quantificabilità.

U = U rappresenta un nuovo capitolo nella visione dell'HIV, dunque, apre sfide contro l'emarginazione e la diffusione di nuove infezioni da HIV. Obiettivo ultimo cui tende questo slogan, mira a una miglior qualità di vita e alla diminuzione dell'emarginazione dei portatori di patologia e vuole promuovere il controllo epidemiologico anche in Italia.



**Grafica e impaginazione**  
Lorenzo Baroni

**Supervisione testi e grafica**  
David Osorio

**Stampa Tipografia**  
Messere Giordana - Roma

**Direttore responsabile**  
Filippo von Schlösser

**Redazione**  
David Osorio, Roberto Biondi,  
Filippo von Schlösser

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

**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](http://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](mailto:redazione@nadironlus.org).*

*La realizzazione di questo documento è stato possibile grazie ad un contributo incondizionato di Janssen. Le varie attività per la realizzazione del documento (scelta argomenti, selezione articoli, redazione testi, scelta delle fonti, selezione e coinvolgimento Autori e/o componenti del Gruppo di Lavoro) sono state effettuate in piena autonomia da NADIR senza alcuna interferenza da parte di Janssen che ha sostenuto l'iniziativa.*

