

INSIEME SENZA LA C

Sei le associazioni (EpaC, ANED, NADIR, Fedemo, PLUS, L'Isola di Arran) che hanno scritto un libricino, **SENZA LA C**, per alertare e sottolineare cosa bisogna sapere sull'HCV, anche in presenza di altre patologie. Nonostante le diverse prospettive e popolazioni di riferimento, le nostre associazioni hanno collaborato per informare tutti, in particolare le persone portatrici di due o più patologie, dei rischi collegati all'epatite C.

Sono circa 170 milioni le persone infette da questo virus subdolo che attacca il fegato, ma non sempre mostra sintomi: circa il 70% di esse è asintomatica. A lungo andare, se non si negativizza spontaneamente, può danneggiare progressivamente non solo il fegato ma anche altri organi quali reni, cuore e sistema nervoso centrale. Inoltre, dopo anni, può causare anche tumore epatico.

Le persone coinfette con HIV sono maggiormente vulnerabili, infatti, la presenza dei due virus, accelera i danni verso la fibrosi, la cirrosi e l'epatocarcinoma.

In presenza di comorbidità l'accesso alla terapia necessita di interventi diagnostici e terapeutici urgenti. Le nuove cure, pur permettendo la guarigione, non sono ancora accessibili a coloro che ne hanno più bisogno: fino all'8 febbraio 2016, in Italia, come sempre fanalino di coda dell'Europa, sono state curate solo 3.000 persone coinfette su una stima di circa 30.000.

Informare sull'opportunità che esiste dalla fine del 2014 di guarire con l'assunzione dei farmaci orali per un limitato numero di mesi e difendere i diritti delle persone più vulnerabili e accelerarne l'accesso alla terapia, ha spinto le associazioni a iniziare questa campagna.

Il libricino, realizzato con il supporto incondizionato di AbbVie, ha ottenuto il patrocinio del Ministero della Salute, SIMG, SIMIT, Università di Roma Sapienza, Federazione Farmacisti Italiani, è stato distribuito a tutti i centri di malattie infettive ed il testo è reperibile sul sito nadironlus.org e su quello senzalac.it.

CROI 2016



2 BREVI

4 CROI 2016

6 RIMEDI NATURALI

7 AUMENTO DELLA CIRCONFERENZA VITA

8 INVECCHIARE BENE

10 FAMIGLIE AFRICANE

12 OLTRE LE SBARRE

14 DI ARTE E DI PARTE

16 EUROPA: L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ

18 NOVITÀ NELLE LINEE GUIDA HIV/AIDS

20 NOVITÀ LINEE GUIDA NELLA
COINFEZIONE

BREVI

FILIPPO VON SCHLÖSSER

PATOLOGIA

MULTIFATTORIALE IL DECLINO COGNITIVO

La riduzione delle funzioni cognitive è stata associata all'uso di cannabis, alla depressione, a fattori metabolici ed alla soppressione immunologica nella prima fase dell'infezione. Tanti i fattori in gioco tra le persone HIV positive di mezza età.

Questi i risultati di uno studio osservazionale olandese che ha coinvolto solo persone HIV+ con soppressione virale a lungo termine. Si tratta soprattutto di cambiamenti legati alla riduzione di attenzione, al rallentamento del processo di apprendimento ed alla ridotta

capacità di linguaggio. Anche l'abilità di organizzare, pianificare la propria giornata e risolvere i problemi quotidiani fanno parte del declino cognitivo tipico dell'invecchiamento, ma, in alcuni casi, può essere un segnale predittivo di Alzheimer e le persone che hanno i sintomi descritti sono più a rischio. Oltre all'HIV, giocano un ruolo la malattia cardiovascolare, l'uso di farmaci e di trattamenti per gli effetti collaterali, la funzionalità tiroidea, la depressione o l'ansia che, però, sono gestibili.

Nello studio si è osservato che oltre il 59% dei partecipanti mostrava tali sintomi, ma il dato sembra sovrastimato in quanto i fattori associati all'età ed alla storia clinica e familiare di essi mostra maggiormente che il declino cognitivo è dovuto ad una situazione multifattoriale ove anche l'HIV ha il suo ruolo.

Schouten J et al. *Determinants of reduced cognitive performance in HIV-1 infected middle-aged men on combination antiretroviral therapy.* AIDS, online edition.

OBESITÀ

L'ultimo studio NA-ACCORD, coorte nordamericana AIDS, ha presentato i risultati di paragone tra donne HIV+ e HIV- (1998 – 2010) dimostrando che l'indice di massa corporea è mediamente maggiore dopo 3 anni di terapia antiretrovirale (ART), mentre non vi è differenza significativa tra gli uomini HIV+ (Rising Obesity Prevalence and Weight Gain Among Adults Starting Antiretroviral Therapy in the United States and Canada).

Un altro studio ha dimostrato che gli adulti obesi (indice >30 Kg/m²), all'inizio della ART, hanno raddoppiato il proprio indice di massa corporea nei seguenti 12 anni. In particolare, il 18% di essi dopo 3 anni di terapia ha presentato i primi segni di obesità, aumentando così il rischio di complicazioni aggiuntive alla salute.

AIDS Research and Human Retroviruses, March 3, 2016.

DANNI DI LUNGO TERMINE...

Confermata la maggiore fragilità delle persone con HIV rispetto alla popolazione generale. Oltre alla presenza dell'HIV, i livelli elevati di infiammazione, anche in presenza di terapia, sono cofattori che accelerano l'invecchiamento e le patologie non AIDS correlate.

È stato confermato che i marcatori d'infezione cronica (IL6, Proteina C reattiva-PCR, dDimer) hanno livelli maggiori in presenza di HIV e si attivano immediatamente dopo il contagio con il virus.

Andreoni – ICONA 2016

...INFIAMMAZIONE...

L'immunoattivazione da HIV, oltre alle infezioni e alle malattie non AIDS correlate, mostra la trasmigrazione microbica e si associa soprattutto agli eventi non AIDS correlati che si rilevano nel 46% della popolazione in studio, mentre gli eventi di AIDS sono stati riscontrati solo nel 35% dei pazienti. Da ritenere che questa percentuale si riferisce principalmente

alle persone che scoprono la sieropositività quando sono in fase AIDS. Il dato suggerisce che è necessario elaborare studi mirati per intervenire nel caso si osservino livelli di PCR elevati in quanto, pur rilevando il dato, attualmente non si possono prendere misure per contenerlo.

Marchetti, ICONA 2016

...LINFOMA

Il ruolo dell'HIV nelle diagnosi di linfoma è oggetto di uno studio dell'Università del S.C. di Roma, ove sono stati paragonati 206 HIV+ e 480 HIV- con linfoma. L'approccio al trattamento, accettato in percentuali minori dalle persone con HIV, è stato analogo

per entrambi i bracci cui si è somministrato rituximab e radioterapia. La differenza tra le due popolazioni non è stata tanto nella sopravvivenza dopo la terapia, dato che non si sono riscontrate differenze statisticamente rilevabili, ma

nella presentazione del paziente al centro. Nelle persone con HIV, infatti, si riscontrava la presenza di linfoma in maniera molto più accentuata e diffusa.

Cingolani, ICONA 2016

INTERRUZIONE DELLA TERAPIA

I risultati dello studio Ultrastop hanno confermato che gli adulti con viremia plasmatica non quantificabile e CD4 >500 copie, dopo l'interruzione della terapia hanno avuto presenza di carica virale nelle 4 settimane seguenti.

I pazienti, però, hanno continuato ad avere HIV/RNA <400 copie per circa un anno dopo l'interruzione della terapia. Il fatto importante che emerge da questo studio è che l'inter-

ruzione della ART ha portato ad un controllo virologico molto limitato nel 90% delle persone che l'avevano interrotta. Inoltre, con l'inizio dell'aumento di carica virale, un numero maggiore di cellule del sistema immunitario si infettava e la carica virale aumentava nei serbatoi di latenza.

Anche i CD4 hanno iniziato a diminuire nella prima rilevazione di circa 124 cell/mm³. Lo studio conferma che un periodo di interruzione

di terapia sembra non debba essere fatto in un elevato numero di pazienti. Inoltre, vi è da considerare, che i pazienti dello studio erano stabili da molti anni e anche l'analisi linfonodale mostra come il virus si appropria velocemente della maggior parte dei linfociti ed anche le persone che hanno mantenuto il controllo della carica virale hanno mostrato la presenza del virus nei linfonodi.

Sean R. Hosein, febbraio 2016

D:A:D: TENOFOVIR E MALATTIA EPATICA

La grande coorte D:A:D ha rilevato i dati di circa 45.000 pazienti che hanno assunto ART tra il 2004 ed il 2014, notando che l'incidenza di malattia epatica grave e la percentuale di sopravvivenza con tumore epatico suggerivano l'associazione tra la scelta dei farmaci antiretrovirali e la malattia epatica terminale. I ricercatori hanno ipotizzato che vi era un'associazione tra i farmaci "d" e questo rischio in quanto si sa che i farmaci inducono la fibrosi. In seguito, il dato sulla malattia epatica terminale/tumore del fegato è stato aggiustato eliminando gli elementi di confusione (età, genere, razza, fumo, modalità di trasmissione e coinfezione). I pazienti, seguiti per una media di 8,4 anni,

hanno mostrato un'incidenza di 319 tumori epatici con un'incidenza di 1,01 su 1000 persone/anno.

Una scoperta sorprendente è stata quella dell'associazione tra terapia con tenofovir e rischio di malattia epatica grave: l'esposizione di lungo termine al tenofovir ha aumentato il rischio relativo di tumore epatico del 46%. Dato che il tenofovir è usato anche per la terapia dell'HBV, i ricercatori hanno fatto ulteriori analisi per valutare se il virus dell'HBV poteva spiegare tali risultati, ma il rischio di eventi epatici gravi è rimasto notevole anche quando l'analisi ha escluso i pazienti senza coinfezioni epatiche. I ricercatori comunque hanno affermato che anche

senza epatiti virali, l'aumento di enzimi epatici ha confermato l'associazione tra l'uso di tenofovir e l'epatocarcinoma.

Il limite di questo studio è che, osservando una grande coorte, non si possono mettere insieme i dati sull'uso di alcool, di sostanze potenzialmente tossiche per il fegato o il ruolo di altre infezioni quali la TBC e la polmonite.

I ricercatori confermano che l'uso a lungo termine di farmaci "d" e l'associazione di terapia con tenofovir necessita di ulteriori studi per confermare il dato emerso.

Ryom L et al. *Use of antiretroviral therapy and risk of end-stage liver disease and hepatocellular carcinoma in HIV-positive persons.* AIDS, online edition

ZEPATIER

Merck ha annunciato che Zepatier (associazione di due farmaci: elbasvir e grazoprevir) si compone di una compressa da assumere una volta al giorno per i genotipi da 1 a 4 dell'HCV (con o senza ribavirina in caso di precedente fallimento terapeutico). Il farmaco, approvato il 28 gennaio dall'FDA ed in corso di valutazione presso l'EMA, ha fornito dati di SVR (Risposta virologica sostenuta) tra il 94 ed il 97% nel genotipo 1 e tra il 97 ed il 100% nel genotipo 4.

Zepatier è consigliato per pazienti in fase di cirrosi da epatite C anche non compensata e l'innovatività di questo farmaco, che agisce senza l'utilizzo di altre molecole, è che in caso di coinfezione potrà essere somministrato con qualsiasi trattamento per l'HIV in quanto non sono state riscontrate interazioni con nessun

antiretrovirale. Inoltre può essere efficace in caso di precedenti fallimenti terapeutici. Si spera che AIFA e regioni riescano a comprendere l'utilità del farmaco e sia messo a disposizione dei pazienti entro la fine del 2016.

January 28, 2016

LA MALATTIA EPATICA

L'HCV deve essere curato prima possibile: essendo causa di fibrosi, più il virus invecchia nella cellula epatica più è difficile rigenerarla. Altro aspetto che rende difficile il recupero dalla malattia epatica è l'età.

La presenza di trombosi cellulare è un fattore che influenza il recupero della funzionalità e l'età rende più probabile la presenza di trombosi. La regressione della cirrosi istologica è più fattibile in assenza di trombosi cellulare. In caso di cirrosi, il follow up prevede anche l'analisi biptica del tessuto epatico per valutarne

il grado di guarigione. Altre manifestazioni extra-epatiche riscontrate in presenza di HCV sono l'iperglobulinemia, l'insulinoresistenza anche in assenza di diabete, l'arteriosclerosi, il danno cardiaco e l'ictus: tutte patologie simili a quelle causate dalla presenza di HIV.

Il rapporto di tempo tra l'eradicazione e la normalizzazione della funzione epatica è legato alla durata dell'HCV nel corpo e, quindi, è ne-

cessario trattare il paziente in fase precoce per riuscire ad arginare il danno epatico e quelli extra-epatici.

Ricordiamo a tale proposito che in presenza di coinfezione con HIV, il recupero immunologico di CD4 è limitato e rallentato.

Puoti, ICONA 2016

DACLATASVIR

La Commissione Europea ha approvato l'utilizzo di daclatasvir (Daklinza, BMS) anche in presenza di genotipo 3 e di coinfezione, includendo pazienti con cirrosi scompensata. Sulla base degli studi ALLY-1 e ALLY-2, il farmaco è stato raccomandato in associazione

con sofosbuvir e la durata della terapia varia a seconda della gravità dell'infezione. Daclatasvir, in uso da maggio 2015, ha così ottenuto il riconoscimento dell'efficacia su un genotipo particolarmente difficile da trattare.

BMS, January 28, 2016



LA CROI CONFERMA DI ESSERE LA CONFERENZA DI RIFERIMENTO SUI TEMI DI RICERCA E PRATICA CLINICA, ALLARGANDO I PROPRI CONFINI VERSO LA PREVENZIONE E GLI ASPETTI SOCIALI E COMPORTAMENTALI.

L'ALLUNGAMENTO DELL'ASPETTATIVA DI VITA IN PRESENZA DI HIV OBBLIGA AD APPROFONDIRE LA VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI LEGATI ALLA QUALITÀ DELLA VITA E A QUELLI FISIOLOGICI.

PREVENZIONE E PREGIUDIZIO

Queste le due parole chiave che hanno guidato questa edizione. La complessità del superamento dello stigma delle persone con HIV (concetto contiguo a quello di fobia) deve tenere in conto gli aspetti sociali e culturali delle varie comunità. Uno degli strumenti di base è il coinvolgimento della società civile nella ricerca e nella divulgazione dei risultati (L. Sprague, USA). Un altro strumento contro il pregiudizio è la partecipazione di persone sieronegative negli studi sulla prevenzione.

PROFILASSI PRE-ESPOSIZIONE

Molte le presentazioni che avallano la validità della profilassi biomedica anche sulla base dei risultati osservazionali. In aumento, infatti, le persone che ne fa uso con

una diminuzione notevole di casi di positivizzazione negli USA (K.Mayer, abs 890, K.Scanlin, abs 888, D.Wheeler, abs 883LB, USA). Risultati molto positivi anche dai due studi francesi Ipergay e PrEP On Demand (J.M.Molina, abs 886, e L.S.Teyssler, abs 887, Francia). Una proiezione basata su modelli matematici ha mostrato l'ampio successo di questa strategia (M.Morris, abs 875, USA) che comunque deve tenere in conto quali siano i soggetti che possono usufruirne positivamente.

Confermato l'insuccesso del gel vaginale e rettale contenente il nuovo Tenofovir (TAF) nella prevenzione: si dovrebbero usare dosaggi così elevati per ottenere una concentrazione efficace (K. Bunge, abs 871, USA).

Il modello predittivo del CDC (Center for Disease Control) ha fornito i dati sull'impatto che potrebbe avere sulla popolazione nordamericana il corretto uso della PrEP insieme all'espansione dei criteri per l'accesso al test e la terapia pienamente soppressiva (J. Mermin, USA, abs 52): in cinque anni si otterrebbe una riduzione di 48.000 nuove infezioni. Ricordiamo che negli USA una percentuale alta di pazienti in terapia non raggiunge la soppressione virale, probabilmente a causa dei limiti del sistema sanitario.

Lo studio di fase II HPTN 069/ACTG A5305 (Gulick R, abs 103) su 400 persone ha mostrato che i regimi contenenti maraviroc sono paragonabili (sicurezza e tollerabilità) a regimi con tenofovir/emtricitabina. L'incidenza delle nuove infezioni è stata dell'1,4%. Gli studi di fase III serviranno a valutarne l'efficacia. Confermati i problemi sulla concentrazione di tenofovir (TDF) se sostituito dal TAF (Garrett KL, 102LB) dato che la concentrazione di TAF nei tessuti è inferiore a quella del TDF. Inoltre, pur essendo migliori la funzione renale e la densità minerale ossea con

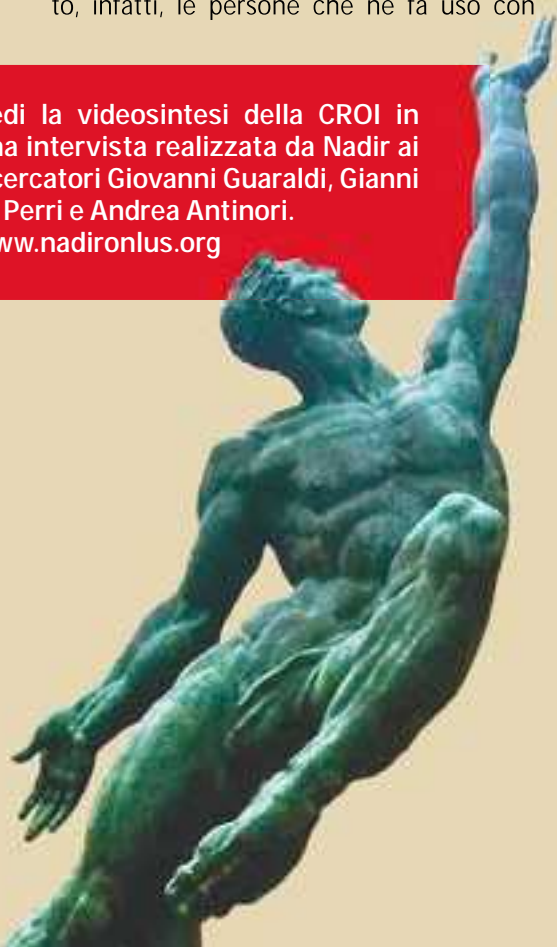
la somministrazione di TAF (J.Gallant, USA, abs 29), sono stati riscontrati livelli di LDL e di colesterolo totale maggiori rispetto a quelli del TDF.

TERAPIE HIV A LENTO RILASCIO

Non essendovi nessuna novità riguardo il tema della cura per l'HIV (Towards the Cure), che ormai da anni aspetta una risposta, la panoramica sulla terapia antiretrovirale si è concentrata sulle molecole a lento rilascio o con emivita molto lunga. Obiettivo: terapie che, anche con la possibile applicazione di devices sottocutanei, siano somministrate una volta al mese o perfino ogni tre mesi (J. Eron, USA, sessione 16). Particolare attenzione suscitano gli inibitori di maturazione (ora in fase II, che mostrano una diminuzione di 1,5 log di HIV-RNA in monoterapia), gli inibitori di attacco e gli anticorpi monoclonali. Ogni decennio ha presentato grandi cambiamenti su concetti e strumenti terapeutici, ricorda Eron, e nel prossimo decennio queste prospettive saranno una realtà. Opzione vincente per superare i problemi logistici, soprattutto nei paesi africani.

Lo Studio LATTE 2 (Margolis DA, 31LB) ha dimostrato come la combinazione di cabotegravir e rilpivirina, assunti entrambi per via intramuscolare una volta ogni 4 o 8 settimane, ha mantenuto la soppressione virologica alla pari dell'assunzione quotidiana degli stessi farmaci (HIV RNA < 50 cp/mL rispettivamente: 94%, 95%, 91%). Buono il profilo di sicurezza e tollerabilità. I risultati a 32 settimane sono su 309 persone naïve, che hanno inizialmente assunto un regime orale di induzione abacavir/lamivudina + cabotegravir 30 mg/die. Coloro che hanno raggiunto la carica virale < 50 cp/mL sono stati successivamente randomizzati alla doppia terapia per via orale o per via intramuscolo. Riportati, inoltre, risultati promettenti, in fasi precoci

Vedi la videosintesi della CROI in una intervista realizzata da Nadir ai ricercatori Giovanni Guaraldi, Gianni Di Perri e Andrea Antinori.
www.nadironlus.org



di sviluppo, di altre molecole a lento rilascio: **MK8591**, inibitore della traslocazione della trascrittasi inversa (**Jay A Grobler, abs 98**) e **BMS 986197**, farmaco biologico ricombinate (**Krystal M, abs 97**).

TUMORI

Da un'analisi dello **Studio START (Borges AH, abs 160)** emerge come le persone con HIV che iniziano la terapia con oltre 500 CD4 hanno un rischio più basso di sviluppare tumori infettivi rispetto a coloro che iniziano il trattamento con CD4 < 350. Il rischio è ridotto del 75%. Questa percentuale è dimezzata nel caso di tumori di origine non infettiva. Un altro studio caso-controllo su 121.000 donne (**Silverberg MJ, abs 162**) ha mostrato come lo "screening intenso" su tumore alla cervice è appropriato per persone con CD4 < 500 e per chi ha ricevuto un trapianto d'organo, ma non per più alti livelli di CD4 o persone in terapia immunosoppressiva.

HIV E CERVELLO

È probabile che l'inizio precoce della terapia antiretrovirale riduca i disturbi neurocognitivi HIV associati (HAND), stimati in un 30-60% dei casi di persone che riferiscono problemi di memoria, concentrazione o soluzione di problemi semplici. Ma solo il 10% presenta virus a livello dell'SNC. Quando tali disturbi, viceversa, si presentano dopo anni di terapia efficace, possono essere attribuiti all'attivazione immunitaria cronica. A volte possono essere predittivi di malattia da Alzheimer o di demenza, ma la prevalenza non è superiore a quella della popolazione generale. In ogni caso la **malattia neurocognitiva**, causata da numerosi fattori (molti di essi si confondono con stati di ansia o depressione), rimane un fattore chiave visto l'allungamento dell'attesa di vita delle persone con HIV (**Gisslén M, abs 60; Ances BM, abs 61; Swanstrom RI, abs 62; A Calcagno, abs 63**).

La gestione delle complicanze neurocognitive potrebbe essere in futuro guidata dall'utilizzo di biomarcatori d'infiammazione - quale la pleiocitosi, presente nel fluido cerebrospinale (riscontrato nel 20% delle persone con CD4 < 400) e la neopterina, presente nel sangue - e anche dall'utilizzo di differenti tecniche di imaging. Una volta compresa l'esatta causa del disturbo, si potrebbero ipotizzare interventi specifici anche terapeutici, come l'utilizzo di antiinfiammatori sistemici o selettivi.

NUOVI FARMACI HIV

Il **non nucleosidico Doravirina**, a somministrazione 100 mg una volta al dì, ha dimostrato efficacia viro-immunologica simile a quella di efavirenz (rispettivamente HIV RNA < 40 cp/mL: 77.8% vs 78.7%; guadagno di CD4: 195 vs 192), ma con un miglior profilo di tollerabilità. Lo studio a 48 settimane su pazienti naïve (**Gatell JM, abs 470**) combina le molecole con tenofovir/emtricitabina. I risultati migliori si sono ottenuti nei pazienti con carica virale al basale < 100.000 cp/mL. Sono in corso studi di fase 3.



L'inibitore d'ingresso **BMS 663068**, che si lega direttamente al virus e non alla cellula agendo così prima della fusione tra cellula e virus stesso, si è mostrato efficace e sicuro al dosaggio di 1200 mg QD, quando confrontato con atazanavir/r, entrambi combinati con tenofovir + raltegravir. In un complicato studio di fase II per la ricerca della dose ottimale, a 96 settimane l'HIV RNA < 40 cp/mL è stata del 90% nell'*observed analysis*, mentre il guadagno di CD4 è stata di oltre 200 cellule su 200 pazienti che hanno assunto il nuovo farmaco vs 50 con ATV/r (**DeJesus E, abs 472**).

INFEZIONE CON HCV

Un'ulteriore analisi dello studio **TURQUOISE I (parte 1b)** sui farmaci di Abbvie **ombitasvir/paritaprevir/r + dasabuvir** + ribavirina ha mostrato una efficacia del 100% (ossia di SVR 12, risposta virologica sostenuta a 12 settimane dalla fine del trattamento anti-

HCV) in pazienti con genotipo 1, stabili per HIV e che assumono DRV/r QD o BID (**Wyles DL, abs 574**). Positivo l'esito di un'analisi *ad hoc* per comprendere meglio la sicurezza dei farmaci di Merck **elbasvir** e **grazoprevir** somministrati per 8, 12, 16, 18 settimane, con o senza ribavirina, sui genotipi 1, 4, e 6 in pazienti con o senza cirrosi (**Sulkowski M, abs 576**). Da un'analisi degli studi **SAPPHIRE-II**, le varianti virali associate alle resistenze al basale nel genotipo 1a non sono influenti per la positiva risposta terapeutica (SVR 12) ai farmaci **ombitasvir/paritaprevir/r + dasabuvir**.

Stessa conclusione anche per il genotipo 1b, come rilevato da una analisi degli studi **PEARL-II** sugli stessi farmaci (**Sulkowski M, abs 16LB**). Sullo stesso tema, nello studio **SYNERGY (Wilson M, abs 580)** la combinazione **ledipasvir/sofosbuvir** si è mostrata sicura ed efficace per trattamenti superiori alle 4 settimane; inoltre, in aggiunta a ribavirina, la stessa combinazione si è mostrata efficace in pazienti in fallimento della stessa terapia senza ribavirina (**Cooper CL, abs 573**).

Per la prima volta, viste le conferme pervenute dai dati clinici degli ultimi due anni, si è iniziato a discutere sull'opportunità di guardare alla terapia HCV come profilassi biomedica nelle persone maggiormente a rischio di coinfezione o di reinfezione. Ma la realtà è che in Italia, dall'introduzione dei nuovi farmaci per l'HCV al 3 febbraio, sono state curate solo 3000 coinfezioni, circa il 10% di coloro che ne hanno bisogno.

RIMEDI NATURALI...

SENZA PERDERE DI VISTA LA TERAPIA

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

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

CETRARIA ISLANDICA



Cetraria islandica o **Lichene islandico**, è una specie di lichene terricolo fruticoso tipico di aree montane, caratteristica delle distese laviche in Islanda e forse da questo deriva il suo nome vernacolo *lichene d'islanda* o *lichene artico*.

Contiene circa il 70% di lichenina, un polisaccaride, e alcune sostanze licheniche come acido fumarico, acido cetrarico (il responsabile del gusto amaro). In Italia è presente soprattutto al Nord, nelle Alpi e nell'Appennino, generalmente al di sopra dei 1000 m.

Si trova nei boschi, soprattutto quelli di conifere, ma anche sulle rocce e nei prati. Vive sul terreno o sulla corteccia degli alberi e ha l'aspetto di un piccolo cespuglio eretto, formato da elementi lunghi fino a una decina di centimetri, appiattiti, larghi circa mezzo centimetro e spessi non più di un millimetro. Questi elementi sono ramificati, o meglio biforcati, elastici e tenaci. Il colore è verde-grigio sulla pagina superiore, mentre sulla pagina inferiore la colorazione è chiara, bianchiccia o argentea.

CARATTERISTICHE

Le lacinie sono revolute verso l'interno e dotate sul bordo di spinule. Il colore varia molto da un esemplare all'altro, generalmente è bruno ma può essere da grigio chiaro a molto scuro. Si riproduce prevalentemente mediante frammentazione del tallo.

PROPRIETÀ

La droga, cioè la parte di pianta contenente principi attivi è il tallo, che contiene polisaccaridi, lichenina, acido usnico, acido cetrarico o cetrarina, acidi lichenici amari, mucillagini, acido folico, e altre vitamine del gruppo B.

La lichenina è un carboidrato che può raggiungere percentuali molto elevate, perfino superiori all'amido contenuto nelle patate, ed è per questo alto valore nutritivo che il Lichene islandico è utilizzato dalle popolazioni nordiche delle zone boreali come alimento, sia per gli animali come le renne, sia, in tempi passati di particolare carestia, anche per l'uomo, con l'accorgimento di privarlo delle sostanze amare, che lo renderebbero non commestibile, tramite bollitura, o con infusione a freddo di 24 ore.

L'acido usnico possiede un'attività battericida antibiotico-simile, mentre la lichenina produce mucillagini bechiche ed emollienti, protettive per le mucose dell'apparato respiratorio e digerente.

Queste proprietà risultano utili per contrastare le infiammazioni dell'apparato respiratorio, dell'apparato gastrointestinale, e per le infiammazioni della pelle e delle mucose.

In campo erboristico, le proprietà medicinali del Lichene islandico sono utilizzate per produrre sciroppi efficaci come coadiuvanti per combattere tosse, pertosse e asma bronchiale, come lenitivi delle mucose respiratorie e fluidificanti delle secrezioni bronchiali.

La cetrarina conferisce al Lichene islandico proprietà amaro-toniche stimolanti le funzioni digestive, antiemetiche valide per combattere la nausea e il vomito, anche durante la gravidanza.

Per le proprietà emollienti e antisettiche, il Lichene islandico entra anche nella composizione di preparazioni cosmetiche antiacneiche, di dentifrici, saponi e detergenti, dall'azione lenitiva, purificante, disinfettante e deodorante, in particolare per l'igiene intima.

POSOLOGIA

Tisana:
come rimedio per infiammazioni respiratorie, si versa mezzo litro di acqua calda su due cucchiaini di lichene islandico. Lasciare agire dodici minuti. Filtrare e dolcificare con del miele. Per un maggior beneficio, prendere quattro tazze di tisana al giorno.

Decotto:
per stimolare la digestione e favorire l'appetito, mettere un cucchiaino di lichene in mezzo litro d'acqua fredda. Lasciare macerare sei ore e mescolare ogni tanto. Portate a ebollizione e filtrate. Bevetene una tazza, almeno mezz'ora prima dei pasti.

Infuso:
versare il tallo nell'acqua fredda, accendere il fuoco e portare a ebollizione. Far bollire qualche minuto e spegnere il fuoco. Coprire e lasciare in infusione per 10 minuti. Filtrare l'infuso e berlo dopo i pasti.

Estratto secco: 500-1000 mg a dose.

Tintura madre: preparata dal tallo essiccato tit.alcol. 65°.

CONTROINDICAZIONI

Si sconsiglia l'assunzione di lichene islandico in caso di gastrite ed ulcera peptica. La pianta infatti contiene principi amari che possono peggiorare la situazione.

CURIOSITÀ

Il primo a descrivere e a classificare la specie fu **Carl von Linné (Linneo)**, il padre della moderna classificazione biologica e scientifica degli organismi viventi, così come la conosciamo oggi. Successivamente il botanico e medico svedese **Erik Acharius**, ritenuto il massimo esperto nella classificazione dei licheni, modificò il binomio, attribuendo la specie ad un genere diverso.

AUMENTO DELLA CIRCONFERENZA VITA E... ALIMENTAZIONE



È ORMAI ACCERTATO IL COLLEGAMENTO TRA L'HIV, L'USO DELLA TERAPIA ANTIRETROVIRALE (ARV) E LA SINDROME METABOLICA: INSIEME DI FATTORI CHE DETERMINANO ALTO RISCHIO DI MALATTIA CARDIO-VASCOLARE, DIABETE, STEATOSI EPATICA (FEGATO GRASSO). L'AUMENTO DELLA CIRCONFERENZA VITA

È UNO DEI SINTOMI CHE DOVREBBE ALLERTARCI SU UN EVENTUALE PROBLEMA METABOLICO.

CI SONO VARI MODI PER AFFRONTARE IL PROBLEMA DELL'AUMENTO DELLA CIRCONFERENZA VITA. OGGI CI OCCUPIAMO DI ALCUNI ASPETTI LEGATI AD UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE.

DIAMO PRIMA UN'OCCHIATA AGLI ORMONI

Dato che la percentuale di uomini HIV positivi con bassi livelli di testosterone è alta, è fondamentale controllarne i livelli, degli estrogeni (nelle donne), dei livelli degli ormoni tiroidei (TSH, T3 y T4) e del cortisolo, detto ormone dello stress (in entrambi i sessi).

L'alterazione dei livelli normali degli ormoni incide sui livelli di grasso corporeo e nel sangue e sull'energia necessaria per svolgere l'attività fisica. Il cortisolo, in particolare, che aumenta quando i picchi dei livelli dello zucchero sono continui, può influire allo sviluppo di insulino-resistenza, primo passo verso l'eccesso di grasso viscerale e il diabete.

IN GENERALE...

Per mantenere stabili i livelli di cortisolo, è necessario scegliere alimenti a basso contenuto glicemico quali i fagioli, le lenticchie e i ceci ed evitare, ad esempio, pasta, riso e patate. Riuscire a controllare lo stress nella vita quotidiana, aiuta a ridurre significativamente la produzione di cortisolo. Si consiglia anche di includere nella propria dieta alimenti ad alto contenuto di fibra che si trovano nei cereali, nella buccia della mela e di altri frutti e verdure. La patata stessa, se mangiata con la buccia, fornisce più vitamine e minerali che aiutano a diminuire il grasso viscerale.

Gli acidi grassi monosaturi, oltre ad aiutare a mantenere la salute del cuore e i livelli d'infiammazione sotto controllo, possono

fermare l'accumulo di grasso addominale. Eccellenti fonti di questi acidi sono l'olio di oliva, la frutta secca, l'avocado, le mandorle. Aiutano anche ad aumentare i livelli di due ormoni proteici, la leptina e la colecistochinina, che comunicano al cervello la sensazione di sazietà.

Si raccomanda anche l'assunzione di supplementi di Omega 3 che sono presenti nel pesce, in particolare nel salmone, e nell'olio di semi di lino. Gli Omega 3 aumentano i livelli di leptina, contribuendo alla metabolizzazione ed eliminazione degli zuccheri.

LE PROTEINE

Quando l'obiettivo è ridurre l'accumulo di grasso, la proteina è il macronutriente più importante dato che il corpo richiede più energia per metabolizzarla. Alcuni studi hanno dimostrato che le diete basate sul consumo di proteine sono più efficaci per perdere grasso, ma bisogna fare attenzione al fatto che le proteine contengono anche calorie e l'assunzione eccessiva le trasforma in zuccheri promuovendo l'accumulo di grasso, uricemia, albuminemia, affaticamento dei reni, disidratazione, diminuzione di elementi minerali dalle ossa.

L'ideale è assumere una sufficiente quantità di proteine di alta qualità proveniente da fonti vegetali e animali. Importanti fonti di proteine sono il pesce, il salmone in particolare, il pollo e le carni in generale. Anche le uova, i legumi, le noci, i semi, i prodotti lattici fermentati quali lo yogurt, il "cottage cheese" (Fiocchi di latte).

È consigliato includere tra un 25% e un 30% di proteine nella dieta quotidiana. Un modo semplice di calcolare il fabbisogno

giornaliero è assumere circa un grammo di proteine per ogni chilogrammo di massa magra.

MASTICARE A LUNGO

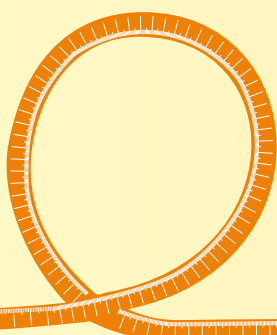
Mangiare troppo velocemente fa sì che la persona consumi più cibo del necessario. In uno studio recente è stato dimostrato che le persone che masticavano ogni boccone 40 volte mangiavano circa un 12% meno di quelle che masticavano solo 15 volte. Quando si mastica a lungo, il corpo produce meno grelina, un'ormone che stimola l'appetito, e più ormoni proteici o peptidici, che si crede possano diminuire la sensazione della fame.

BEVANDE ZUCCHERATE

Debbono essere eliminate completamente dato l'elevato indice di zucchero che contengono. Quando si assumono zuccheri in eccesso, il fegato non riesce a metabolizzarli e si trasformano in grassi che si accumulano principalmente nella zona addominale. Perfino le bevande che dicono contenere 0 calorie debbono essere evitate a causa dell'alto contenuto di sostanze chimiche che sostituiscono lo zucchero.

Gli edulcoranti artificiali possono essere più dannosi dello zucchero e del fruttosio, mentre i dolcificanti naturali quali la stevia, che proviene da una pianta originaria dell'America del sud, il sorbitolo, presente in caramelle, chewing gum, dentifricio e collutori e che non stimola la secrezione di insulina (anche se l'eccesso può provocare un effetto lassativo) e il miele sono i più consigliati.

Queste sono informazioni di base. Qualsiasi approfondimento deve essere discusso con il medico, che potrà stabilire se l'aumento della circonferenza vita è sintomo di sindrome metabolica e suggerire l'approccio più idoneo.



INVECCHIARE BENE CON L'HIV

UN NUOVO STUDIO SULL'AUTOVALUTAZIONE DELLA FRAGILITÀ E L'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE PER PROMUOVERE L'INVECCHIAMENTO DI SUCCESSO.

Il Prof. Giovanni Guaraldi, intervistato, ci illustra una nuova ricerca (titolo originale: My Smart Age with HIV - MySAwH) della Clinica Metabolica dell'Università di Modena e Reggio Emilia per poter promuovere un "buon invecchiamento" nelle persone con HIV.

DELTA: Prof. Guaraldi, la Clinica Metabolica che lei coordina a Modena da 15 anni si è sempre occupata di co-morbidità associate all'HIV. Perché ora c'è tutta questa attenzione all'invecchiamento?

Guaraldi: Le co-morbidità che abbiamo studiato in Clinica Metabolica quali il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari, le nefropatie, l'osteoporosi, la steatosi epatica e perché no, la lipodistrofia, sono tutte manifestazioni che aumentano la loro prevalenza con l'età; pertanto, studiare queste malattie, soprattutto considerando che spesso si associano tra loro, significa di per sé studiare un fenomeno di invecchiamento.

DELTA: ...non siamo, però, ancora così vecchi....

Guaraldi: Nella nostra clinica l'età media degli utenti che vi afferivano nel 2006 era di 40 anni; ora, dopo 10 anni, l'età media è di 51. L'invecchiamento, quindi, è un dato di fatto ed è, in realtà, una buona notizia. Non ci preoccupiamo, quindi, di invecchiare, ma di come invecchiare. Non penso sia interessante sapere se, ad esempio, potrò vivere 80 o 85 anni, quello che mi preoccupa, per esempio, è di non passare anni

della mia vita in una condizione di perdita dell'autosufficienza: mi auguro, quindi è di avere un "buon invecchiamento", anche detto un "invecchiamento di successo", cioè poter vivere ed essere in grado di fare ciò che mi piace.

DELTA: Dunque non "più anni alla vita", ma "più vita" agli anni?

Guaraldi: Sì certo, però non sono gli anni e addirittura non sono neanche l'assenza delle malattie che danno più valore alla vita. Abbiamo tutti conosciuto e amato persone belle, con o senza HIV, che, pur avanti negli anni, erano talora più giovani di noi, piene di entusiasmo e in grado di tessere relazioni fantastiche. L'invecchiamento in termini di salute non va misurato in anni, ma in termini di o *presenza o assenza di fragilità*.

DELTA: Cos'è la "fragilità"?

Guaraldi: La fragilità è una sindrome clinica che si associa alla multimorbidità, alla disabilità e alla morte, che dimostra l'aumento di vulnerabilità di un individuo per erosione dei meccanismi omeostatici di controllo del nostro organismo. In pratica invecchiando anche in assenza di malattie apparenti, il nostro organismo perde le proprie riserve funzionali e riesce meno a far fronte a gli insulti ambientali, siano esse malattie o fattori psicologici, sociali. La fragilità è, quindi, una misura dell'età biologica indipendentemente dall'età anagrafica, misura lo stato di salute globale di un individuo.

DELTA: Cosa c'entra la fragilità con l'infezione da HIV?

Guaraldi: Uno studio pubblicato a gennaio di quest'anno su AIDS ci dice che in Olanda la fragilità era presente nel 10% delle persone con HIV, mentre in appena il 2% degli HIV negativi di pari età¹. L'HIV aumenta del 93% la probabilità di essere fragili. Inoltre, la presenza di fragilità negli utenti della clinica metabolica era un predittore indipendente del rischio di multimorbidità e di mortalità².

Domini di salute che determinano l'invecchiamento di successo

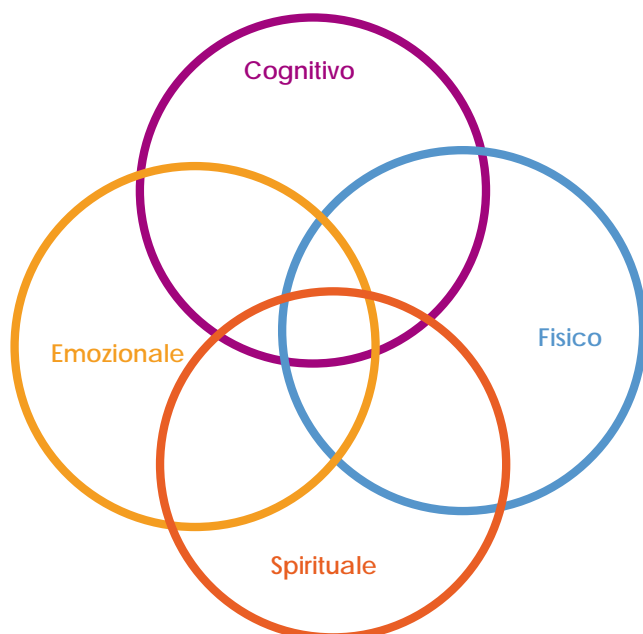


Figura 1

DELTA: Come si misura la fragilità?

Guaraldi: Esistono vari approcci. La clinica metabolica propone un "indice di fragilità", che conta la presenza di deficit rispetto a un numero elevato di variabili normalmente raccolte per misurare lo stato di salute sia dai clinici sia dai pazienti stessi. Questo indice è un numero che varia da 0 - che esprime un paziente perfettamente robusto - a 1 - che indica un soggetto in cui tutte le variabili raccolte sono patologiche. La cosa interessante di questo approccio è che permette di valutare nel tempo come cambia la fragilità anche in funzione degli interventi.

DELTA: Allora si può prevenire e trattare la fragilità?

Guaraldi: Assolutamente sì. Essere fragili a 85 anni è fisiologico, non a 50 anni. La medicina geriatrica ci ha insegnato che la fragilità è una condizione reversibile che può essere trattata con interventi sugli stili di vita essenzialmente basati sull'attività fisica, una dieta sana, ma anche promuovendo le relazioni sociali e gli interessi cognitivi e spirituali (Fig 1).

DELTA: Arriviamo allo studio My Smart Age with HIV (MySAwH). Qual è il vostro obiettivo?

Guaraldi: Intendiamo permettere agli utenti della Clinica Metabolica di generare un indice di fragilità ogni mese e confrontandosi con un "coach" personale attraverso una App da scaricare sul telefonino; l'obiettivo è promuovere la promozione di stili di vita che favoriscano l'invecchiamento di successo. Confronteremo poi questi indici di fragilità generati dal paziente con quelli che costruiamo nelle viste in clinica metabolica ai tempi 0, 9 e 18 mesi dall'inizio dello studio.

DELTA: Come si genera questo indice di fragilità?

Guaraldi: Intendiamo arruolare 100 utenti della clinica metabolica, 50 di età compresa tra 50 e 60 anni e 50 di età superiore a 60 anni che abbiano dimestichezza a usare gli smart-phones. A loro daremo un *Wellness Tracking device*, in pratica l'orologio della Garmin Vivofit (Fig. 2) e l'accelerometro della Technogym mywellness key (Fig 3) che raccoglierà giornalmente l'intensità dell'attività fisica che compiono e le ore di riposo.



Figura 2
Vivofit - Garmin



Figura 3
Mywellnes key - Tecnogym

Questi dati fisiologici si sommeranno a una serie di domande a risposta istantanea, relative al comportamento alimentare, all'integrazione sociale e al tempo libero, che arriveranno al paziente/utente in maniera casuale 3-4 volte alla settimana sotto forma di messaggi istantanei attraverso la App. Verrà, infine, chiesto un piccolo report mensile. Tutte queste variabili saranno convogliate in maniera anonima in una piattaforma informatica che ci mette a disposizione Technogym: ciò permetterà all'utente di monitorare nel tempo il proprio indice di fragilità. L'utente si rapporterà mensilmente con il suo Coach per discutere eventuali piani personalizzati di intervento sugli stili di vita.

DELTA: Da chi è promosso questo studio?

Guaraldi: Questo studio è nato nella Clinica metabolica di Modena, ma prevede la partecipazione di 100 pazienti della clinica HIV del Dr. Esteban Martinez a Barcellona in Spagna e 100 pazienti della clinica HIV del Dr. Mark Bloch a Sydney in Australia. La sua realizzazione è possibile grazie a un finanziamento competitivo internazionale chiamato go-shape, della Gilead Sciences.

DELTA: A chi si può fare riferimento, se si è interessati?

Guaraldi: Lo studio darà la precedenza a chi è già utente della Clinica Metabolica, ma anche altri utenti potranno partecipare contattando l'ufficio protocolli della clinica di malattie infettive di Modena all'indirizzo e-mail nb.protocolli@unimore.it. Lo studio è stato approvato in gennaio 2016 dal comitato etico e ci si attende, quindi, di iniziare gli arruolamenti in marzo.

Prof. Giovanni Guaraldi
Università degli Studi di Modena
e Reggio Emilia

Bibliografia

1. Kooij KW, Wit FWNM, Schouten J, et al. HIV infection is independently associated with frailty in middle-aged HIV type 1-infected individuals compared with similar but uninfected controls. *AIDS*. 2016;30(2):241-250. doi:10.1097/QAD.0000000000000910.
2. Guaraldi G, Brothers TD, Zona S, et al. A frailty index predicts survival and incident multimorbidity independent of markers of HIV disease severity. *AIDS*. 2015;29(13):1633-1641. doi:10.1097/QAD.0000000000000753.



FAMIGLIE AFRICANE: ALLA RICERCA DI ARMONIA CULTURALE

IL DIPARTIMENTO PER LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO DI PADOVA OSPITA DA MOLTI ANNI UN CENTRO D'ECCELLENZA PER L'HIV PEDIATRICO (SSD MALATTIE INFETTIVE PEDIATRICHE ED AIDS PEDIATRICO) CON PAZIENTI,

BAMBINI E RAGAZZI, CHE CONTRAGGONO IL VIRUS PREVALENTEMENTE IN SEGUITO ALLA TRASMISSIONE VERTICALE DALLA MADRE E DA BAMBINI NATI DA MADRE SIEROPOSITIVA CHE SI SIERONEGATIVIZZANO .

Le statistiche degli ultimi anni sono confortanti: se vengono seguite tutte le misure e le terapie necessarie, il bambino ha il 99% di probabilità di nascere sano. Questo significa fare il parto cesareo se la carica virale della madre non è soppressa¹, evitare l'allattamento al seno, assumere con regolarità la terapia in gravidanza e somministrare la terapia al neonato.

Al centro è presente un'equipe multidisciplinare costituita da 2 medici, 1 assistente sociale, 1 psicopedagogista ed 1 psicologa. Come fattore di rischio per i nati, la provenienza della madre da area endemica è passata dallo 0% del 1985 al 40% del 2005, fino al 50% del 2010 (Registro Italiano per l'infezione da HIV in Pediatria, 2011). Fra le aree endemiche il continente africano ha una posizione di assoluto rilievo: il 69% delle persone con il virus dell'HIV vive in Africa. E molti dei pazienti del centro padovano appartengono a nuclei familiari di africani immigrati.

I contatti fra le madri sieropositive e l'equipe multidisciplinare avvengono durante la gravidanza o subito dopo il parto. Questi incontri hanno permesso di constatare come spesso queste donne arrivano impreparate: con poche informazioni sull'infezione o senza averle comprese, con poca conoscenza di come affrontare gravidanza e genitorialità in presenza dell'infezione da HIV, tante volte senza aver comunicato al partner di avere l'infezione, magari con pochissima conoscenza dei comportamenti sessuali a rischio. Il più delle volte, senza nessuna conoscenza degli aspetti legali (diritti e doveri dei sieropositivi) e del concetto di infezione cronica.

Se a questo quadro uniamo la presenza sempre più stabile di immigrati nel nostro paese (quasi 5.000.000 residenti, la cui metà, il 49,3%, sono donne)², appare chiaro come questo incontro con realtà complesse e culturalmente diverse dall'utenza consueta non può che condurre gli operatori e i professionisti del settore a interrogarsi sull'adeguatezza delle prassi e degli interventi comunemente utilizzati. Questi interrogativi ci hanno portato a essere interessati alle vite e al sistema culturale delle pazienti africane, in particolare a quanto può interferire con il percorso sanitario e l'aderenza terapeutica, sempre con l'obiettivo di pianificare interventi adeguati ed efficaci. Più volte abbiamo osservato una significativa perplessità, a volte reticenza, rispetto al parto cesareo, per poi scoprire che in diverse aree africane è ancora una pratica sanitaria rischiosa, talvolta con esito mortale. O ancora, sapere che in molti paesi africani l'HIV sia un grosso stigma, anche perché spesso non vi è accesso ai farmaci e le persone scoprono di avere il virus a malattia sviluppata, ha reso più semplice comprendere gli atteggiamenti omertosi delle pazienti sull'infezione. La carenza di solidi sistemi sanitari in quasi tutti i paesi africani è determinante in diverse questioni e rende inaccessibile il concetto

di malattia cronica. Molti sistemi sanitari non sono in grado di sostenere cure permanenti e ad essi i pazienti si rivolgono solo nelle fasi acute delle patologie.

Abbiamo raccolto queste e altre informazioni nel corso di anni di letture, ricerche e, soprattutto, rivolgendoci direttamente alle donne africane e lavorando sulla relazione con loro. È il modo di approcciarsi a queste pazienti che ha consentito di aprire tante finestre utili al percorso terapeutico, che non può sempre essere unidirezionale dall'esperto all'utente/paziente ma che, per una sua riuscita, in diversi casi implica il cambiamento dei professionisti e dello stesso sistema d'intervento, per quanto consolidato o efficace possa apparire con altri target.

Si è dunque concluso di supportare i professionisti e gli operatori nel lavoro con queste pazienti, fornendo anche del materiale in lingua, con l'obiettivo di offrire agli operatori suggerimenti e indicazioni per l'interazione con utenti sieropositivi stranieri, favorendo al tempo stesso la consapevolezza e l'empowerment di questi ultimi, e facilitare la comunicazione sull'infezione.³

In un'ottica di prevenzione, questi interventi sarebbero ancor più efficaci se messi in atto prima della gravidanza e del parto. Pertanto, dopo aver maturato anni di esperienza e aver pensato che i saperi chiusi in una stanza sono poco influenti, si è deciso nel 2013 di condividerli con altri professionisti per fornire conoscenze, formare a un approccio interculturale alla malattia e alla genitorialità in presenza di infezione da HIV.

L'idea si è realizzata attraverso delle giornate formative sul territorio della Regione Veneto destinate a operatori sociali e personale sanitario e tecnico dei reparti di malattie infettive, pediatria, ginecologia e ostetricia e dei servizi territoriali dell'area materno-infantile.

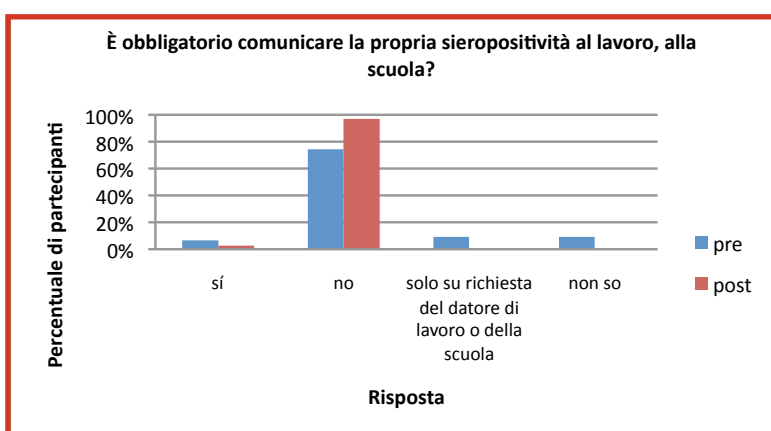


Dall'indagine compiuta in seguito, emerge come in linea di massima queste figure professionali, soprattutto coloro che avevano già ricevuto formazione in merito, mostrano una buona apertura interculturale. Tuttavia resta una piccola percentuale di professionisti impermeabile al cambiamento e arroccata su posizioni pregiudizievole, che giungono in alcuni casi a soppiantare le conoscenze oggettive, come vediamo nel grafico seguente.⁴

Per la salute dei singoli e dell'intera comunità, il tema della protezione è centrale con pazienti la cui infezione si diffonde principalmente attraverso il canale sessuale e nell'affrontare il tema andrebbe coinvolto anche il partner, considerando che l'uso del preservativo è di responsabilità principalmente maschile.⁵ Da molti studi emerge inoltre come le donne immigrate si sentano inadeguate come madri, in particolare rispetto alle richieste

è possibile attraverso una gestione consapevole e responsabile della relazione fra operatori e utenti, costruendo interazioni che siano improntate a un sincero interesse e curiosità nel rapportarsi all'altro per una vera integrazione. E senza dimenticare il punto di partenza per chi giunge qui da mondi lontani: "la maggior parte di quello che si pensa non ha senso per gli altri" (Cattaneo, 2007), quindi tutto va rinegoziato di continuo.

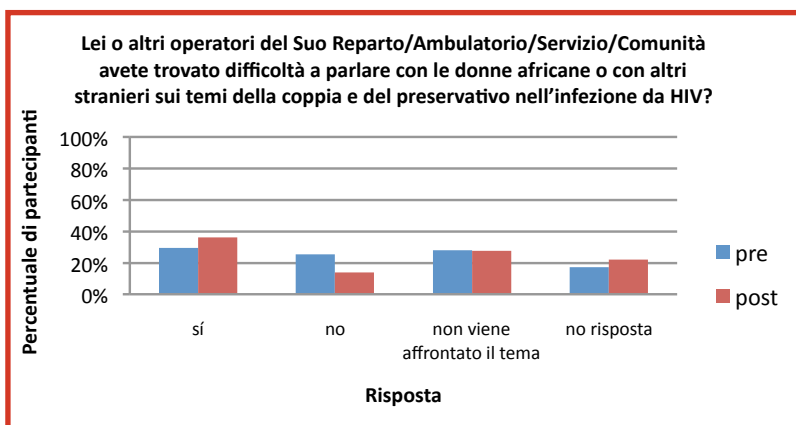
Stefania Sguera, Fondazione PENTA
Serennella Oletto, Carlo Giaquinto e
Osvolda Rampon, Dipartimento per
la Salute della Donna e del Bambino,
Università degli studi di Padova.



L'informazione sui diritti e doveri legali della persona sieropositiva è chiara e oggettiva, la privacy della persona sieropositiva è tutelata, non vi è obbligo di comunicare la diagnosi in contesti scolastici o lavorativi. Continuare a sostenere il contrario, anche dopo essere stati formati e informati, esprime non conoscenza, ma valori e credenze di chi ha risposto. Credenze secondo le quali comunicare la propria infezione serve a tutelare gli altri dal contagio. Forse riesce difficile accettare del tutto che la principale via di contagio sia quella sessuale.

di Servizi e operatori. L'azione dei Servizi è cruciale nel favorire processi d'inclusione, così come nell'esasperare quelli di esclusione (Dellavalle, 2012); non si può qui negare il peso inevitabile dei modelli di genitorialità, di vita familiare, di ruoli maschili e femminili che compongono credenze e ideologie dei professionisti. Allora, molte volte occorre un'infinita operazione di decentramento per non soffermarsi in superficie illudendosi di comprendere, classificare, diagnosticare e provare invece a decodificare la matrice di significato di strategie e modelli che a noi professionisti sembrano inadeguati, ma che erano invece pertinenti e adeguati nel contesto di origine. E quando si comunicano regole, prassi, etc. non si tratta di solo di fornire informazioni esatte, ma di saper valutare, oltre alla comprensione linguistica, il grado di autonomia nell'utilizzo delle stesse. Questo

In altri casi abbiamo riscontrato un diffuso timore nel relazionarsi a pazienti immigrati, in particolare nell'affrontare tematiche delicate come quelle legate alla sessualità, ancor più difficili da condividere con sistemi socio-familiari patriarcali.



Note

- ¹ 1000 copie.
- ² IV Rapporto annuale. Gli immigrati nel mercato del lavoro in Italia, 2014, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- ³ Nel 2008 l'equipe multidisciplinare ha ideato e creato uno strumento psicoeducativo multimediale, spendibile nei colloqui con i pazienti: il kit *Vivere "alla Normale"*. *Conoscere, partecipare, affrontare l'infezione da HIV*. È composto da: un cd rom con 21 schermate disponibili in lingua italiana, in lingua inglese, in lingua francese; tavole cartacee corrispondenti alle schermate digitali, un manuale di preparazione per l'operatore; opuscoli nelle 3 lingue, da consegnare agli utenti, che riprendono le tavole. Gli argomenti affrontati sono suddivisibili in tre aree: aspetti generali di conoscenza dell'infezione da HIV; aspetti relazionali riguardanti i processi migratori e i rapporti con i servizi; aspetti culturali, volti ad approfondire alcuni concetti fondamentali della cultura dell'altro.
- ⁴ Ai partecipanti è stato somministrato un identico questionario prima e dopo la formazione.
- ⁵ In alternativa sarebbe interessante approfondire l'uso del preservativo femminile, poco usato e conosciuto.

Bibliografia

- Cattaneo ML, *Crescere i figli altrove: genitori migranti, risorse e difficoltà*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 3-4/2207, Milano.
- Geraci S., Malisano B., Mazzetti M., *Rivista Studi Emigrazione-Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico da capire*, Centro Studi Emigrazione, Roma, Anno XLII, 03/2005, n.157;
- Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche d'Integrazione (a cura di), 2014, *IV Rapporto annuale. Gli immigrati nel mercato del lavoro in Italia*.
- Oletto S., Novello C., Ghiringhelli B., Giaquinto C., 2008, *Vivere alla Normale. Conoscere, partecipare, affrontare l'infezione da HIV*, CARAP onlus e Dipartimento di Pediatria, Padova.
- UNAIDS, *Report epidemiology 2015*.
- Dellavalle M., *Valutare e sostenere la genitorialità in contesti interculturali: la prospettiva del servizio sociale*, Minori e Giustizia 2-2012, Franco Angeli, Milano



OLTRE LE SBARRE

MIGRANTI E BARRIERE CULTURALI

UNO DEI PROBLEMI DI MAGGIORE GRAVITÀ NELLA GESTIONE PENITENZIARIA RIGUARDA L'AUMENTO DEI CARCERATI AFFETTI DA HIV. IL 3,5% È POSITIVO AL TEST E A COINFEZIONI, SIA MST (IL 28% ALL'EPATITE C, IL 7% ALLA B, IL 4% ALLA SIFILIDE) CHE BATTERICHE (IL 20% HA UNA TUBERCOLOSI LATENTE).

IL SOVRAFFOLLAMENTO CARCERARIO, CUI GIÀ INTERVENTI LEGISLATIVI (QUALI LA LEGGE 354/75 E SUCCESSIVE MODIFICHE, L. 663/86 E L. 165/98)

HANNO TENTATO DI RISOLVERE, HA AUMENTATO IL RISCHIO DI TRASMISSIONE NON CONTROLLABILE DEI CONTAGI ANCHE A CAUSA DELLA FREQUENTE ASSENZA DI NORME ELEMENTARI D'IGIENE. LA PRESENZA DELLE MALATTIE È DIVENTA UN FATTORE ENDEMICO CHE GLI ISTITUTI DI PENA NON SONO IN GRADO DI AFFRONTARE SENZA ADEGUATE POLITICHE DI INFORMAZIONE E PREVENZIONE CON STANZIAMENTI ANCHE DEL MINISTERO DELLA SALUTE.

L'articolo di questo numero cercherà di mettere a fuoco un tema attuale e complesso: le barriere culturali nelle carceri e i migranti. Riguardo a questi ultimi, la media europea è ferma al 21%, ma in Svizzera ben due terzi dei carcerati e immigrato. Mancano tutele e mediatori culturali e ottenere pene alternative per i non italiani è un sogno.

L'antropologo svedese Ulf Hannerz definisce la cultura come *un organizzatore di diversità* che vanno a strutturarsi, aggregandosi, all'interno di un contesto sociale specifico. Un'aggregazione, questa, che si compone in termini di adattamento e flessibilità, dando adito cioè a uno sviluppo di forze conflittuali che, se da un lato mirano al consolidamento delle tradizioni, dall'altro spingono al cambiamento.

Quelle che in carcere sono stigmatizzate come barriere culturali, spesso sono fondate su diversità concettuali non così consistenti, come le affinità che possono riscontrarsi nella pratica quotidiana. In sostanza, le diversità culturali non sono recinti invalicabili, proprio per la natura multiculturale di ciascuna cultura che, in quanto tale, vive un processo di rielaborazione costante di significati e informazione da parte dei suoi stessi membri.

Il carcere è *una zona di frontiera* in cui le diversità si fronteggiano e le relazioni si modulano secondo i poli dell'indifferenza neutra o della differenza delle demarcazioni. Ma quanto di reale c'è in queste diversità culturali e nei loro ipotetici scontri e quanto, invece, sia frutto di costruzioni artificiali di barriere e di proiezione sugli altri, di differenze che potrebbero essere superate o almeno

attenuate se non addirittura ignorate? È questo l'interrogativo da porsi a una lettura più attenta della realtà detentiva, non distante, in questo senso, dalla configurazione della realtà esterna.

LA GIUSTIZIA E I MINORI IMMIGRATI

Nella giustizia penale minorile i ragazzi extracomunitari e nomadi hanno un impatto molto più duro con le risposte processuali sanzionatorie rispetto ai ragazzi italiani. A parità di reato, i minori immigrati sono più spesso condannati, ricevono molto più frequentemente misure cautelari detentive, rimangono per più tempo in carcere, mentre con molta meno frequenza sono destinatari di misure diverse, quali ad esempio il collocamento in comunità-alloggio o in famiglia.

Le condizioni di vita dei minori immigrati sono diverse rispetto a quelle degli italiani, soprattutto dal punto di vista delle relazioni con la famiglia e la comunità territoriale; quindi gli interventi dell'apparato socio-giudiziario sono inevitabilmente diversi. Una volta entrati in contatto con il sistema penale italiano, è facile riscontrare come i cittadini stranieri subiscano ulteriori discriminazioni.

Da "L'altro diritto"
Centro di documentazione
su carcere, devianza e marginalità

Talvolta, quelle che vengono definite differenze culturali sono differenze di vita all'interno di grandi contenitori senza definire completamente un essere umano. Quello che si cela dietro la maschera delle differenze culturali è piuttosto un castello di interessi economici, politici, sociali contrapposti, sintetizzando il tutto nella lotta per la conquista del potere.

Non a caso i conflitti interni fra gruppi etnici differenti (viene da pensare ai detenuti dell'area magrebina e a quelli dell'area balcanica, in particolare di nazionalità albanese) scaturiscono sostanzialmente da logiche di potere e giochi di forze che si misurano sul piano economico e sociale. Così come, in senso opposto, l'incontro fra detenuti italiani e albanesi è prodotto da interessi ed equilibri interni alla comunità locale, piuttosto che da affinità etniche, anche se nell'immaginario comune sono percepiti come meno *diversi* dai detenuti magrebini.

ALCUNI DATI

Nelle carceri italiane il 32% dei detenuti è straniero: 17.403 su un totale di 53.889. La maggior parte di essi è dietro le sbarre per reati minori: basti pensare che le condanne da 0 a 1 anno riguardano il 50% di stranieri, mentre tra quelli condannati a oltre 20 anni gli stranieri sono il 12% contro l'88% dei nostri connazionali.

Nonostante ciò, nel nostro paese, il luogo comune "le carceri italiane sono piene di stranieri" è duro a morire, e la rappresentazione mediatica della situazione carceraria è spesso lontana dai numeri reali.

IL CARCERE, SPECCHIO (DEFORMATO) DELLA SOCIETÀ

Testimonianza di Franco Corleone, nato a Milano nel 1942, politico italiano, esponente dei Verdi Arcobaleno e della Fondazione dei Verdi e già parlamentare europeo.

Ha scritto numerosi saggi e articoli sui temi della giustizia, dei diritti, del carcere e sulla politica delle droghe.

Fra i volumi pubblicati: Millennium drug, droghe e diritti con prefazione di Daniel Cohn Bendit (1999, Stampa Alternativa), Giustizia senza fine (1998, Stampa Alternativa), La Giustizia come metafora (2001, Edizioni Menabò).

Da ottobre 2013 Garante dei Diritti dei detenuti della Regione Toscana.

“Non si può utilizzare il carcere come unico strumento per garantire la sicurezza in una visione di emergenza continua. Solo il recupero e il rilancio di strumenti di comprensione della dimensione dell'esclusione sociale e della cultura dei diritti che condusse a suo tempo alla riforma del sistema penale può fare uscire il carcere stesso dalla condizione disperante in cui è congelato e offrire prospettive nuove di convivenza alla società intera.

Oggi siamo in presenza di una detenzione di classe con alcune precise caratteristiche: sociale, etnica e generazionale. Siamo di fronte cioè a uno specchio rotto, deformante che rivela l'esclusione come bussola di riferimento.

Il carcere è dunque lo specchio che riproduce l'incattivimento della società, il prevalere di egoismi e razzismi, la dimensione della paura.

Il carcere, e la giustizia, è diventato il terreno di sperimentazione di nuovi linguaggi, di falsificazioni dei dati, di amplificazione di un senso comune rozzo.

In un tempo assai breve si è consumato il riferimento, magari rituale e spesso retorico a Cesare Beccaria e lo si è sostituito con il ritornello della certezza della pena (corollario dell'input volgare del chiudere la cella e buttare la chiave) che cozza con il principio dell'articolo 27 della Costituzione sul carattere risocializzante della pena.”

Questi, in sintesi, alcuni dati e considerazioni contenuti nel volume *“Detenuti stranieri in Italia. Norme, numeri e diritti”*, a cura di Patrizio Gonnella, presidente dell'associazione Antigone, presentato a Roma nel 2015.

Rispetto agli altri paesi europei, In Italia la percentuale di detenuti stranieri nelle carceri - con il 32% - è superiore alla media di oltre 11 punti (in Europa su un totale di 1 milione 737mila detenuti, il 21% è straniero). Tuttavia il record spetta alla Svizzera, nelle cui carceri ben il 74,2% dei detenuti è straniero. Seguono, in questa speciale classifica degli Stati Europei, l'Austria (46,75%) e il Belgio (42,3%). Ancora - emerge dai dati di Antigone - in Italia la media percentuale degli stranieri in custodia cautelare rispetto al totale delle persone non condannate presenti in carcere è del 28% contro il 21% della loro rappresentazione complessiva (che comprende i condannati).

In generale, le presenze in carcere di detenuti stranieri sono uno specchio dei movimenti migratori. In Italia, al primo posto per nazionalità, fra gli stranieri detenuti, ci sono i marocchini (16,9%), seguiti da romeni (16,2%), albanesi (14%) e tunisini (11,2%). Nelle statistiche ufficiali non vi è inoltre alcun riferimento all'eventuale richiesta di asilo politico.

Altro difetto del sistema è il numero limitatissimo dei mediatori culturali: solo 379 in tutti i penitenziari italiani, ovvero 1,73 ogni 100 detenuti stranieri, molti dei quali lavorano a titolo volontario. “Tutta questa situazione comporta disagio - denuncia ancora Gonnella - e il disagio genera conflitti e litigiosità. Il detenuto quindi per questo suo comportamento starà più giorni in carcere, e ciò comporterà un conseguente aumento dei costi”. In conclusione “se una persona

è trattata bene molto probabilmente avrà uno stile di vita diverso e non ricadrà nuovamente nel reato. In questo - conclude - lo Stato deve essere un esempio di legalità”.

Il volume contiene anche uno 'Statuto dei diritti dei detenuti migranti' con proposte di cambiamento legislativo e regolamentare, alcune delle quali hanno una valenza generale ma un impatto maggiore sulla detenzione straniera.



DI ARTE E DI PARTE

ANSIA: SGRADIVOLE COMPAGNIA

Seconda parte

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

MA LA PAURA SI PUÒ TRADURRE ANCHE IN ANSIA, CAUSANDO SINTOMI MOLTO SIMILI AD UNA MALATTIA O AD UN'INFEZIONE, RENDENDO LE PERSONE PIÙ VULNERABILI ALLE PATOLOGIE. È IMPORTANTE, E QUESTO VALE ANCHE PER CHI CI È VICINO, NOTARE SUBITO I PRIMI CAMPANELLI D'ALLARME E RICHIEDERE AIUTO. DI SEGUITO LA SECONDA E ULTIMA PARTE.

Con sempre maggiore frequenza, gli infettivologi devono confrontarsi, nella loro pratica clinica, con le complicanze psichiatriche dell'infezione da HIV. La prevalenza dei di-

sturbi psichiatrici nei pazienti HIV+ è quasi del 50%. Essi si manifestano, per lo più, in concomitanza con la diagnosi di infezione ma può accadere che compaiano anche

tardivamente. Le complicanze psichiatriche nel corso dell'infezione da HIV alterano la qualità della vita e influenzano negativamente l'aderenza alla terapia. A tal proposito, pubblicazioni monografiche di Nadir approfondiscono tali questioni.

L'AMORE AI TEMPI DELL'HIV

È un'opera letteraria di Sandro Verniani (edito da Epsil), che tratta non solo la scoperta della sieropositività, con tutte le relative conseguenze, ma anche l'essere lontano dalla Patria e andare incontro all'ignoto, nel bene e nel male, aprendo così speranze e opportunità, ma anche trabocchetti.

Il romanzo è incentrato sulla storia d'amore tra Paolo e David. Il primo è un giovane ventenne italiano fresco di laurea in lingue orientali. È un ragazzo pieno di sogni e ambizioni, ma dal carattere incerto, con poche esperienze di vita. È da poco, infatti, che sta imparando a scrollarsi di dosso il fardello di un retaggio culturale pesante che stigmatizzava la propria omosessualità. Il secondo è un trentenne australiano con molta più esperienza. Ha girato e vissuto in diverse parti del mondo, è intraprendente e vive la propria omosessualità in maniera aperta e tranquilla fin da quando era ragazzino. Paolo e David si conoscono e s'innamorano in una Shanghai di inizio millennio, che cerca di stare al passo con la modernità e l'economia imposte dai modelli occidentali, ma che allo stesso tempo arranca a procedere di pari passo alla mentalità della gente, ancora chiusa su temi come omosessualità e Hiv.

La storia si apre in uno studio medico in cui Paolo attende i risultati delle proprie analisi mediche e scopre di essere sieropositivo: evento che cambierà per sempre la sua vita. Non solo dal punto di vista emotivo, con la conseguente ansia di accettare la diagnosi e comunicarla al partner, ma pratico. La Cina

non è l'Italia. C'è un sostegno psicologico? È facile trovare i medicinali necessari per una terapia adeguata? È possibile condurre una vita normale? Paolo lo scoprirà sulla propria pelle, mentre cercherà di pensare non solo a se stesso ma anche a come salvare e salvaguardare la propria storia d'amore con David. Il romanzo procede su un doppio binario: non è solo una denuncia di quanto possa essere inumano il trattamento riservato alle persone HIV+, ma una storia d'amore; senza la pretesa di trovare una soluzione. I due protagonisti non possono essere presi a simbolo di tutti i gay. Il background di ciascuno emerge tramite flashback e, grazie alle rispettive peculiarità, è possibile vedere le differenze di opinione su temi quali la famiglia, la coppia aperta/chiusa, il sesso occasionale, e altro ancora.

"Vedeva il suo corpo come un macchinario infernale capace di generare morte.

Era un pensiero atroce e non potersi più avvicinare a David era un dolore troppo forte.

Più lo abbracciava, più sentiva esplodergli in pancia il senso di colpa. Voleva respirare l'odore della sua pelle, voleva stringere le sue spalle, accarezzargli i capelli, intrecciare le loro gambe, sentire il proprio bacino incollato a quello di David, ma gli pareva, così facendo, di affondargli una lama affilata in quella sua gola liscia."

Da "L'amore ai tempi dell'hiv"
di Sandro Verniani

NON AVER PAURA DI CHIEDERE AIUTO

Tutti hanno a che fare, nell'arco di una vita, con la tensione, lo stress, la delusione, la perdita. Recuperare l'equilibrio perduto è fondamentale, ma scoprirsi sieropositivi è un duro colpo che può incrinare anche l'autostima, perché la trasmissione dell'HIV è spesso legata al sesso. La diagnosi di sieropositività sconvolge e riempie di tristezza: reazioni normali, a patto che non persistano a lungo, perché potrebbero portare a conseguenze psichiche gravi, soprattutto se ci si sentiva ansiosi già prima della diagnosi o con problemi di salute mentale.

È abbastanza comune non sentirsi a proprio agio nel condividere o discutere con altre persone aspetti privati come la vita sessuale o i rischi a cui siamo esposti noi e i nostri partner. Potremmo sentirci ingenui, forse anche stupidi, per aver creduto in qualcuno di cui poterci fidare. Alcuni pensano che, per via della diagnosi, non saranno più amati. Non bisogna essere troppo duri con se stessi: non si è "diversi" per il fatto di avere l'HIV, si è piuttosto più consapevoli delle difficoltà che affliggono tante persone al mondo, e sebbene molti fanno presto a giudicare le disgrazie altrui, almeno fino a quando anche loro non sono coinvolti, ci sarà sempre qualcuno con il quale confrontarsi e condividere il proprio futuro.

VIVERE (O SOPRAVVIVERE?)

Prendere coscienza della propria identità, adattarla, recuperarla, sollevarla dall'abisso esistenziale rimane il nodo focale della diffe-

renza tra vivere e sopravvivere. A tal proposito, vorrei citare alcuni versi della canzone di Vasco Rossi "Vivere".

VIVERE!
anche se sei morto dentro
VIVERE!
e devi essere sempre contento!
VIVERE!
è come un comandamento
VIVERE..... o SOPRAVVIVERE....
senza perdersi d'animo mai
e combattere e lottare contro tutto contro!...
OGGI NON HO TEMPO
OGGI VOGLIO STARE SPENTO!....
VIVERE
e sperare di star meglio
VIVERE VIVERE
e non essere mai contento
VIVERE VIVERE
e restare sempre al vento a
VIVERE.....e sorridere dei guai
proprio (così) come non hai fatto mai
e pensare che domani sarà sempre meglio!!!!

"Vivere" è il manifesto futurista della nuova umanità lasciata allo sbando dei milioni di input che arrivano dalle fantasmagoriche luci del progresso, che non è solo uno stato di avanzamento e di sviluppo delle condizioni umane, ma anche la perdita della quotidianità e della propria identità.

(RI)COSTRUIRE L'AUTOSTIMA

È un processo da portare avanti giorno per giorno. L'autostima si basa su come ci percepiamo, sul nostro aspetto fisico, sulle nostre relazioni più intime, la nostra vita sociale, ma è anche influenzata da fattori politici ed economici. L'HIV è solo un virus che si trova nel nostro organismo, non ha il potere di definire chi siamo. Nel frattempo, le persone continuano a vivere e vanno avanti, potendocela fare anche con l'HIV senza il terrore di rivelarsi, sebbene possa essere un processo complesso. Si tratta, in ogni caso, di una decisione personale e di nessun altro,

TESTIMONIANZA: UNA DINAMICA ANSIOSO-OSSESSIVA

Mi chiamo Luca e ho 22 anni. L'ansia mi sta divorando. Tutto è iniziato nel 2013, il 12 ottobre ho avuto un unico rapporto anale passivo non protetto senza eiaculazione con un uomo, era la prima volta che facevo una cavolata simile. Da lì ho iniziato a stare male, febbre linfonodi gonfi ecc... Così dopo 28 giorni dal rapporto ho fatto il test per l'HIV e per la mononucleosi. HIV negativo, positivo alla mononucleosi. Mi rincuoro, ma per poco, nonostante sia riuscito a contattare quell'uomo che mi assicura di non avere l'HIV. Dopo un anno e mezzo ancora ci penso spesso, ho i linfonodi ancora gonfi e ho fatto gli esami del sangue. Tutto perfetto, se non fosse che la mia mente si è fissata sul valore dei linfociti, 29% in una media di 20-40... nella norma ma controllando gli esami del 2011 i linfociti erano al 37%. Adesso ho il terrore, vorrei fare il test ma so che l'ansia mi ucciderebbe.

Disturbo ossessivo compulsivo da contaminazione

In questo caso si tratta di ossessioni e compulsioni connesse al rischio di contagi o contaminazioni. Le persone che ne soffrono sono tormentate dall'insistente preoccupazione che loro stessi o un familiare possa ammalarsi entrando in contatto con qualche invisibile germe o sostanza tossica.

Agenti "contaminanti" comprendono sostanze come urine, sangue, sudore, saponi, solventi e, per generalizzare, tutti gli oggetti o persone potenzialmente veicolo di queste sostanze. Il contatto con la sostanza temuta è seguita da rituali tesi a neutralizzare la contaminazione, ovvero rituali di lavaggio (lavaggio ripetuto delle mani, dei vestiti o di oggetti personali).

da prendere solo quando ci si sente pronti, ed è impossibile prevedere come qualcuno reagirà quando apprende che conviviamo con il virus dell'HIV.

Non esiste un modo in assoluto migliore per comunicarlo. Una volta rivelata l'informazione, non possiamo più nascerla. Raccontare a qualcuno che si ha l'HIV spesso produce effetti positivi, ed è liberatorio. Del resto, l'unico modo per poter ricevere sostegno è parlare. Molti sono terrorizzati all'idea dello stigma legato all'HIV. La paura di essere rifiutati e giudicati può essere paralizzante.

I pregiudizi più comuni nei confronti delle persone positive all'HIV, in realtà, sono dovuti al fatto che la gente ha una scarsa conoscenza dell'argomento. Rivelando la propria condizione a qualcuno, si offre l'opportunità di rendersi conto che una perso-

na sieropositiva non è diversa da qualsiasi altra: siamo tutti ancora esseri umani, fratelli, sorelle, figli, amanti, lavoratori, mariti, mogli... insomma possiamo amare!

RIVELAZIONE E RAPPORTI

Volenti o nolenti, è questa la vera sfida. Perché se stiamo insieme a qualcuno quando ci viene diagnosticato l'HIV, come e quando dirlo è probabilmente una delle prime cose a cui pensiamo ed è piuttosto normale essere nervosi per la sua reazione.

Potremmo preoccuparci di essere percepiti come chi "ha portato l'HIV dentro casa" o di perdere l'amore e il sostegno del partner o di poter danneggiare fisicamente ed emotivamente il partner; mentre, mantenere la segretezza riguardo alla convivenza con il virus dell'HIV può spesso diventare fonte d'ansia e stress, con il conseguente isolamento e il rischio di rimanere soli.

IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI D'ANSIA

Si basa su:

- la riduzione del consumo di caffeina e la sospensione dell'assunzione di prodotti contenenti efedrina;
- la terapia farmacologica. Gli inibitori del reuptake della serotonina sono i farmaci di prima scelta. Il loro dosaggio può essere superiore a quello utilizzato nella depressione. Il propranololo e altri antagonisti beta-adrenergici possono essere utilizzati come adiuvanti ma sono

controindicati nei pazienti che fanno uso di cocaina e possono causare depressione, astenia, e disfunzione sessuale. Le benzodiazepine hanno un ruolo nei pazienti che non tollerano gli antidepressivi e sono molto utili a breve termine (2 - 4 settimane) mentre ha inizio la terapia con gli antidepressivi. Sono particolarmente efficaci nei disturbi d'ansia e negli attacchi di panico che richiedono un immediato controllo. Le benzodiazepine hanno significative interazioni con i farmaci antiretrovirali. In questo senso, il lorazepam e il termazepam

sono i più sicuri. È opportuno ricordare che la sospensione del trattamento di benzodiazepine deve essere graduale per evitare il rischio di recidiva dei sintomi d'ansia, o di una sindrome simil influenzale che può anche comprendere scosse epilettiche e delirio;

- un programma di esercizio fisico;
- una terapia individuale o di supporto di gruppo. Anche i reparti di malattie infettive sono attrezzati a dare indicazioni e fornire assistenza.

EUROPA: L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ

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

ACCESSO AI FARMACI ANTI-HCV IN EUROPA

È stato presentato alla European HIV Hepatitis Co-infection (EHHC) Conference che si è tenuta a Londra il 10-11 dicembre 2015 la ricerca svolta dallo European AIDS Treatment Group sull'accesso ai farmaci antivirali ad azione diretta (*direct antiviral agents*, DAA) contro l'epatite C in Europa.

La ricerca è basata su informazioni raccolte direttamente presso le community colpite, utilizzando un semplice questionario con dieci domande su epidemiologia e accesso alle cure. Sono stati coinvolti 34 paesi: i nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C mancano completamente da 12 paesi (inclusi Macedonia e Serbia), mentre in 18 paesi (soprattutto dell'Europa orientale, come l'Armenia) i farmaci sono registrati ma non sono realmente disponibili nella pratica clinica.

Acquistare i farmaci privatamente è possibile solo in sei paesi come l'Ungheria e alcuni dell'Asia centrale. Tutti i paesi prevedono dei criteri per l'accesso legati allo stadio di evoluzione clinica della malattia: in sostanza quasi tutti limitano l'accesso a fibrosi di tipo F3 e F4 mentre gli F2 possono essere presi in considerazione in 7 paesi. Tra i paesi più grandi, Francia, Portogallo, Russia e Ucraina garantiscono accesso prioritario alle persone coinfecte con HIV.

Naturalmente è molto difficile avere informazioni chiare sui prezzi praticati: spesso il prezzo ufficiale (40.000 euro per Sovaldi in Spagna) non è quello realmente praticato al sistema di rimborso, che è molto inferiore. Inoltre vi sono spesso ulteriori riduzioni in base al numero di trattamenti effettuati: a titolo di esempio in Spagna una volta superata la soglia di 50.000 persone trattate il prezzo dovrebbe scendere a circa 6000 euro a trattamento. È il sistema vigente anche in Italia, dove al 18 gennaio 2016 risultano essere state trattate con i nuovi DAA 31.789 persone, delle quali oltre 600 hanno iniziato nella settimana precedente, contro un incremento di circa 300 nuovi trattati a settimana registrato negli ultimi mesi.

Come è noto, in Italia l'accesso al trattamento con DAA è limitato alle persone che rispondono ad almeno uno dei sette criteri identificati dalla Commissione Tecnico Scientifica (CTS) di Aifa.

Quasi tre quarti delle circa 32.000 persone trattate rispondono al primo criterio (cirrosi in classe di Child A o B e/o con epatocarcinoma), mentre il 19% ha una epatite cronica

con fibrosi METAVIR F3 (criterio 4). 1225 le persone trattate dopo il trapianto di fegato (criterio 2), mentre 214 hanno avuto accesso ai DAA mentre erano in attesa di trapianto (criterio 5).

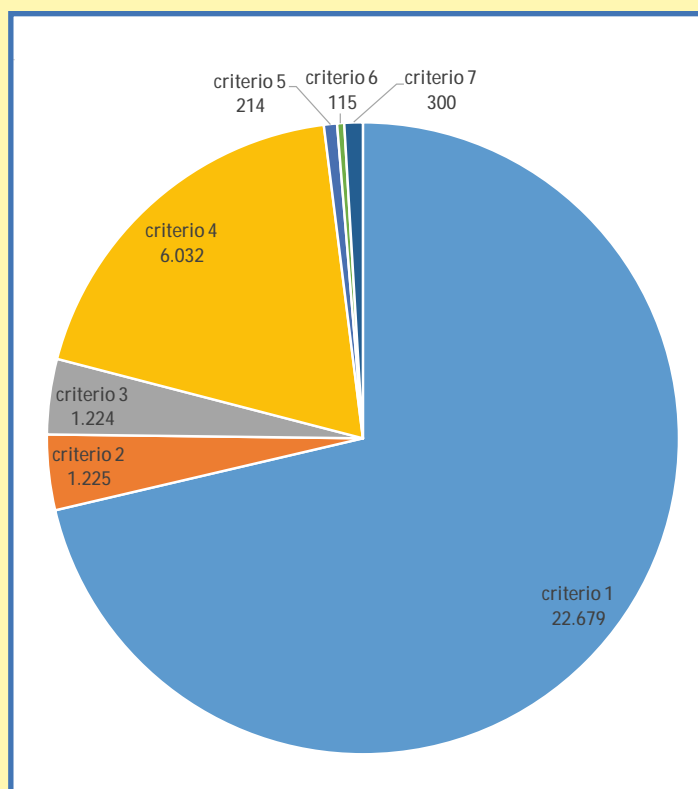
Lombardia e Campania sono le regioni in cui viene trattato un maggior numero di persone che rispondono al criterio 1, seguite da Puglia, Lazio, Emilia-Romagna e Sicilia. In Lombardia e Puglia si registrano i numeri più alti di trattamenti rispondenti al criterio 4.

PrEP DISPONIBILE E RIMBORSABILE IN FRANCIA

«Come annunciato dalla ministra della Salute francese Marisol Touraine in occasione dello scorso Aids Day, la PrEP è disponibile e rimborsabile in Francia a partire dal 1° gennaio 2016. Si tratta del primo paese europeo che decide di usare il farmaco antiretrovirale Truvada per la prevenzione dell'infezione da HIV in persone ad alto rischio.

All'inizio dell'anno gli infettivologi ospedalieri hanno ricevuto una lettera dall'Agenzia nazionale per la sicurezza dei farmaci (ANSM) in cui la profilassi pre-esposizione o PrEP viene descritta come «uno strumento aggiuntivo nella strategia di prevenzione diversificata per le persone di 18 anni o più ad alto rischio di acquisizione di HIV per via sessuale». Le indicazioni per la prescrizione includono tutte le situazioni più a rischio: dai maschi gay con diversi partner sessuali alle donne partner di persone a rischio o con diversi partner sessuali, incluse le persone che fanno uso di droghe iniettive.

A chi assume la PrEP, viene raccomandato di effettuare i test per le infezioni a trasmissione sessuale almeno una volta l'an-



no, mentre il test HIV e le visite di controllo sono previste a cadenza trimestrale. L'accesso al Truvada come PrEP in Francia è possibile grazie al riconoscimento di una «raccomandazione temporanea di utilizzo» o RTU: si tratta di uno speciale meccanismo che, superando il mero uso off-label dei farmaci, cerca di agevolare il rapido accesso per nuove indicazioni di una sostanza già autorizzata anche quando le informazioni scientifiche sul rapporto beneficio-rischio siano limitate, in modo da raccogliere più dati su sicurezza ed efficacia del nuovo uso.

Al momento la prescrizione del farmaco avviene solo in ospedale, ma la ministra della Salute ha annunciato che i centri per il test HIV lo potranno prescrivere presto. Si hanno già notizie di diverse prescrizioni all'ospedale Saint-Louis di Parigi dove opera Jean-Michel Molina, ricercatore dello studio IPERGAY, e in altri centri di Parigi, Lione, Nizza e Nantes.

PRESENTATA LA DOMANDA PER LA PREP IN EUROPA

Gilead ha annunciato lo scorso 1° febbraio che l'Agenzia europea del farmaco ha accolto il dossier relativo alla domanda di autorizzazione al commercio per Truvada come PrEP: dopo l'esame della domanda, l'agenzia esprimerà un parere sulla possibilità di avere questo nuovo strumento di prevenzione in Europa, e in seguito a quel parere, la Commissione europea approverà o meno la nuova indicazione per il farmaco.

Il pronunciamento finale non dovrebbe aversi prima di tre mesi: dato il tipo di domanda effettuato (di tipo II), l'agenzia ha 90 giorni di tempo per esprimersi ma questi potrebbero allungarsi nel caso si presentasse la necessità di chiedere chiarimenti, integrazioni o modifiche.

La documentazione presentata include esclusivamente i dati degli studi iPrEX e Partners PrEP, svoltisi già diversi anni fa. Il primo è alla base dell'autorizzazione al commercio concessa negli Stati Uniti nel 2012. I dati relativi agli studi europei, Ipergay e PROUD, non sono stati inclusi

nella documentazione perché non ancora disponibili su fonti ufficiali. Anche per questo motivo, la domanda è stata presentata soltanto per l'uso once-daily (una pillola al giorno, tutti i giorni) e non anche per la somministrazione "on demand" utilizzata ad esempio nello studio Ipergay e che consente di limitare l'assunzione del farmaco ai periodi di attività sessuale.

PREVENTION SUMMIT 2016

È stata una buona occasione per discutere sulla prevenzione biomedica dell'HIV il summit organizzato da EATG e AVAC a Bruxelles dal 29 al 31 gennaio 2016.

Circa 60 partecipanti – soprattutto attivisti, ma anche ricercatori, rappresentanti dell'industria farmaceutica e delle istituzioni europee – hanno discusso per tre giorni sui futuri sviluppi della prevenzione dell'HIV. A partire, naturalmente, dalla possibile prossima introduzione della PrEP in Europa.

Particolare successo ha avuto la sessione condotta congiuntamente dagli attivisti della PrEP Will Nutland del sito PrEPster.info, Emmanuel Danan dalla Germania, Greg Owen di iwantprepnw.co.uk e Sophocles Chanos dell'ATH Checkpoint.

Danan ha realizzato in Germania un network per fornire informazioni a chi desideri utilizzare la PrEP: come acquistarla, dove trovare un medico che la prescriba, dove effettuare gli esami di controllo. Mentre Owen ha raccontato di come fosse pronto a iniziare la PrEP quando, nel test di controllo iniziale, ha scoperto di avere contratto l'HIV.

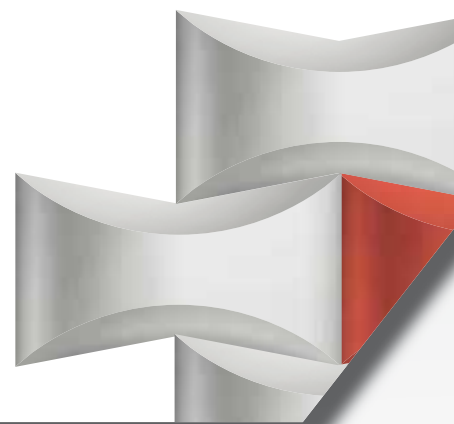
Nella seconda giornata si è affrontato il tema dei vaccini e dei microbicidi: da anticipazioni non confermate, sembra che i dati relativi al ring vaginale con rilascio di doravirina che saranno presentati al CROI possano supportare lo sviluppo commerciale dello strumento di prevenzione.

Per report più dettagliati dal meeting e altri aggiornamenti, si può consultare la pagina Facebook Prep in Europe.



NOVITÀ NELLE LINEE GUIDA HIV-AIDS

RILASCIATE IL 17 DICEMBRE 2015



PREMESSA

Le raccomandazioni sono state accompagnate dalla specifica del livello di forza della raccomandazione e del livello di qualità della evidenza a supporto delle stesse, basato su un *grading* espresso dalle lettere A, B, e C (forza della raccomandazione, rispettivamente "Fortemente raccomandato", "Moderatamente raccomandato", "Opzionale") e dai numeri I, II, e III (livello delle evidenze, rispettivamente "I dati sono ricavati da almeno uno studio controllato e randomizzato con potenza sufficiente o da metanalisi di studi controllati", "I dati sono ricavati da ricerche non randomizzate o da studi osservazionali di coorte", "Raccomandazione basata su rassegne casistiche o sul consenso di esperti").

QUANDO INIZIARE LA TERAPIA

Alla luce della pubblicazione dei due importanti studi randomizzati START e TEMPRANO (N Engl J Med., Jul 20 2015), la forza delle raccomandazioni per l'inizio della terapia in persone con HIV con cellule T CD4+ > 500 cellule/mL deve essere modificata rispetto al passato e, visto l'indubbio beneficio sulla salute dell'individuo, viene ribadita l'importanza di proporre la terapia di combinazione antiretrovirale (cART) a tutte le persone con infezione da HIV, indipendentemente dal loro quadro immunovirologico [AI].

Nel caso di donna in gravidanza con diagnosi di infezione recente/acuta da HIV, un inizio tempestivo della terapia è indicato anche per prevenire la possibile trasmissione perinatale [AI].

Anche nel caso di infezione acuta o recente, un inizio tempestivo della terapia è indicato [AII].

La terapia antiretrovirale, anche negli *élite HIV controllers* (ossia soggetti che, pur avendo contratto il virus, riescono a controllarlo a lungo termine anche senza farmaci antiretrovirali), ha dimostrato di poter indurre una significativa riduzione sia della carica virale di HIV-1 con metodica ultrasensibile a livello plasmatico e

della mucosa rettale, sia dei marcatori di immuno-attivazione e disfunzione immunitaria nel sangue e nell'intestino. Per tali motivi, l'inizio della cART appare consiglia-

to anche in questo specifico sottogruppo di pazienti al fine di ridurre le conseguenze a lungo termine della replicazione virale e dello stato infiammatorio cronico [BII].

FARMACI CON CUI INIZIARE LA TERAPIA

REGIME TERAPEUTICO	RACCOMANDAZIONE (FORZA/EVIDENZA)
<i>Regimi raccomandati</i>	
TDF/FTC+RAL TDF/FTC/EVG/COBI TAF/FTC/EVG/COBI TDF/FTC+DTG ABC/3TC+DTG ABC/3TC/DTG	[AI]
TDF/FTC/RPV (in caso di valori di HIV-RNA < 100.000 cp/mL e conta di T CD4+ > 200 cellule/ μ L)	
<i>Regimi raccomandati in particolari condizioni</i>	
TDF/FTC+ATV+r o TDF/FTC+DRV+r (in caso di condizioni non favorevoli l'aderenza, di necessità di iniziare il trattamento prima della disponibilità del risultato del test di resistenza, di inizio terapia in gravidanza)	[AII]
TDF/FTC+ATV/COBI o TDF/FTC+DRV/COBI (in caso di condizioni non favorevoli l'aderenza, di necessità di iniziare il trattamento prima della disponibilità del risultato del test di resistenza)	
<ul style="list-style-type: none"> I regimi basati su NNRTI sono controindicati in caso di presenza di farmacoresistenza trasmessa relativamente agli NRTI ed agli NNRTI. ABC, causa HSR, è da utilizzare solo nei soggetti con negatività dell'allele HLA-B*5701. COBI da non utilizzare con e-GFR < 70 ml/min/1.73m². Dati di follow-up ancora limitati sulla funzione tubulare renale. EVG/COBI/FTC/TAF utilizzabile con eGFR \geq 50 ml/min I regimi contenenti TDF/FTC + ATV+r o ATV/COBI o DRV+r o DRV/COBI sono da considerare raccomandati [AII] solo nelle condizioni specifiche riportate. In tutte le altre condizioni vengono considerati alternativi [BI]. DRV/r è da utilizzare al dosaggio 800/100 mg QD. Nell'utilizzo di ATV/r e ATV/COBI va tenuto conto del rischio di iperbilirubinemia e le potenziali conseguenze di tale effetto collaterale sul paziente. Il regime contenente TDF/FTC/RPV non è registrato per il trattamento di pazienti con valori di HIV-RNA > 100.000 copie/mL. I regimi contenenti COBI non devono essere utilizzati al momento nella donna in gravidanza. <p>"/" = co-formulato; "+" = non co-formulato.</p>	
<p>Legenda delle sigle: 3TC: lamivudina, FTC: emtricitabina, ABC: abacavir, TDF: tenofovir, TAF: tenofovir alafenamide, RPV: rilpivirina, ATV: atazanavir, DRV: darunavir, ELV: elvitegravir, RAL: raltegravir, DTG: dolutegravir, NRTI: Inibitori nucleosidi(tidici della trascrittasi inversa, NNRTI: Inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa, IP: Inibitori della proteasi, INI: inibitori dell'integrasi, "r": con booster di ritonavir, COBI: cobicistat, booster.</p>	

Nel caso i precedenti *regimi raccomandati*, per qualunque causa, non potessero essere prescritti, sono previsti *regimi alternativi e opzionali*.

L'elenco di tali regimi, così come tutta la bibliografia che ha guidato la scelta dei regimi, è disponibile nella versione integrale delle Linee Guida.

SULLA SALUTE RIPRODUTTIVA

Prevenire la trasmissione dell'HIV è una *responsabilità condivisa di tutti gli individui, indipendentemente dallo status di positività all'HIV*.

Questo concetto, spesso, si scontra con pregiudizi e atteggiamenti ostili presenti sia nella società sia in ambienti giuridici e politici, contribuendo così a creare stigmatizzazione discriminazione.

La *profilassi pre-esposizione (PrEP) con l'associazione dei farmaci tenofovir/emtricitabina eseguita nelle persone ad alto rischio di acquisizione di HIV e assunta in maniera continua o intermittente è efficace per la prevenzione dell'infezione di HIV [AI]* [1,2].

Tale indicazione, al momento, è *off label* (ossia non approvata dall'autorità regolatoria competente) in Europa.

Al fine di proteggere l'individuo dall'infezione da HIV nel concepimento, in *coppie sierodiscordanti in cui il partner HIV-positivo* assume la terapia antiretrovirale ed è in soppressione virologica stabile, avere

rapporti sessuali senza l'uso del profilattico durante i periodi di massima fertilità (determinata dal monitoraggio dell'ovulazione) è un metodo sicuro per il concepimento [3,4,5] [AI].

Nei casi in cui uno o entrambi i partner non riescano ad affrontare con serenità un concepimento per via naturale, è possibile ricorrere alle seguenti pratiche (l'elenco è ordinato per sicurezza crescente) [6] [CIII]:

- ✓ Se il partner HIV-positivo è il maschio:
 - La profilassi pre-esposizione (PrEP) - al momento *off label* in Europa - per la femmina può offrire un ulteriore beneficio nel ridurre al minimo il rischio di trasmissione. La PrEP può essere somministrata in maniera continua o intermittente (limitatamente a quando nei periodi di massima fertilità, non si usa il profilattico).
 - Lavaggio dello sperma.
- ✓ Se il partner HIV positivo è la femmina:
 - Inoculo in vagina di liquido seminale adeguatamente raccolto.

Quando è offerta una PrEP al partner HIV-, occorre contestualmente offrire il test HIV al basale e periodicamente ripeterlo in seguito. La coppia deve essere istruita sui sintomi di infezione acuta da HIV. Prima e durante l'esecuzione della PrEP con TDF/FTC è consigliata la valutazione della funzione renale per lo screening di tossicità farmacologica.



Riferimenti Bibliografici

1. Grant RM et al. *Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men*. New Engl Jour Med 363(27):2587-2599, 2010.
2. McCormack S, Dunn DT, Desai M, et al. Published ahead of print. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial Lancet. 2015 Sep 9. pii: S0140-6736(15)00056-2.
3. SH Eshleman, et al. Treatment as prevention: characterization of partner infections in the HIV Prevention Trials Network 052 trial. Program number MOA-C0106LB, Track C.
4. J Fogel, et al. Identification of factors associated with viral suppression and treatment failure when antiretroviral therapy is used for HIV prevention: results from the HIV Prevention Trials Network (HPTN 052) trial. Program number MOPEC417, Track C.
5. Rodger A et al. *HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study*. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 153LB, 2014.
6. EACS Guidelines ver 8.01 October 2015.

TRATTAMENTO DELL'EPATITE C NELLE PERSONE CON HIV-HCV

RILASCIATE IL 17 DICEMBRE 2015

In tutti i pazienti con infezione cronica da virus epatitici deve essere valutata l'opportunità di un trattamento basato su farmaci antivirali ad azione diretta con o senza interferone peghilato e ribavirina nel caso dell'epatite da HCV. A parità di efficacia, vanno preferite le terapie senza interferone.

La coinfezione da HCV va eradicata in tutti i pazienti con infezione da HIV in ragione:

- Dell'elevata mortalità per epatocarcinoma e cirrosi scompensata correlate alla rapida progressione della malattia epatica.
- Dell'impatto negativo della coinfezione da HCV su:
 - a) Funzione renale ed in genere sulla mortalità non correlata a malattia epatica od ad HIV;
 - b) Sul recupero delle cellule T CD4+ in coso di cART.
- Del possibile impatto negativo della coinfezione da HCV su:
 - a) Progressione della malattia da HIV anche in coso di cART;
 - b) Osteoporosi ;
 - c) Malattia cardiovascolare;
 - d) Insorgenza di diabete.

L'eradicazione di HCV si associa a un decremento dell'incidenza dello scompenso epatico e della mortalità principalmente in pazienti con malattia epatica avanzata, ma anche in pazienti con fibrosi moderata [1,2,3].

Di seguito, riportiamo la Tabella dei farmaci da utilizzare, specificando che alcuni di essi non sono ancora disponibili nel nostro paese.

OPZIONI DI TERAPIA ANTI HCV				
Genotipo HCV	Regime terapeutico	Durata del trattamento ed uso di Ribavirina		
		Non cirrotici	Cirrosi compensata	Cirrosi scompensata
1 e 4	SOF + SMP ± RBV	12 settimane senza RBV	12 settimane con RBV o 24 settimane senza RBV ⁽ⁱ⁾	Non Raccomandato
	SOF/LDV ± RBV	12 settimane senza RBV	12 settimane con RBV o 24 settimane senza RBV in cirrotici pre/post trapianto ⁽ⁱ⁾	
	SOF + DCV ± RBV	12 settimane senza RBV	12 settimane con RBV o 24 settimane senza RBV in cirrotici o pre/post trapianto ⁽ⁱ⁾	
	OBV/PTV/r + DSV ± RBV	12 settimane in GT 1b no RBV 12 settimane + RBV in GT 1a	12 settimane in GT1b no RBV 24 settimane + RBV in GT1a	Non raccomandato
	OBV/PTV/r + RBV	12 settimane in GT 4	24 settimane in GT 4	Non Raccomandato
	GRZ + ELB ± RBV	12 settimane senza RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾	12 settimane no RBV in GT1b e GT1a e 4 naïve 16 settimane + RBV in GT 1a e 4 experienced ⁽ⁱⁱⁱ⁾	Non Raccomandato ⁽ⁱⁱⁱ⁾
	SOF + VEL ± RBV	12 settimane senza RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾		12 settimane con RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾
2	SOF + DCV ± RBV	12 settimane senza RBV	12 settimane senza RBV o 12 settimane con RBV	
	SOF + RBV	12 settimane	16-20 settimane ⁽ⁱⁱ⁾	
	SOF + VEL ± RBV	12 settimane senza RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾		12 sett con RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾
3	SOF + PEG-IFN/RBV	12 settimane in pazienti eleggibili a terapia con PEG-IFN	12 settimane in pazienti eleggibili a terapia con PEG-IFN	Non Raccomandato
	SOF + VEL ± RBV	12 settimane senza RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾		12 sett con RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾
	SOF + RBV	24 settimane	Non Raccomandato	
	SOF + DCV ± RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾	12 settimane senza RBV	16-24 settimane con RBV	
5 e 6	SOF/LDV ± RBV	12 settimane senza RBV	12 settimane con RBV	
	SOF + VEL ± RBV	12 settimane senza RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾		12 sett con RBV ⁽ⁱⁱⁱ⁾

RBV = ribavirina, SOF=sofosbuvir, SMP = simeprevir, DCV = daclatasvir, LDV = ledipasvir, OBV = ombitasvir, PTV/r = paritaprevir/RTV, DSV = dasabuvir, GRZ = grazoprevir ELB = elbasvir VEL= velpatasvir

(i) = persone con cirrosi e predittori negativi di risposta possono essere trattati per 24 settimane con RBV (predittori negativi: precedente fallimento di terapie a base di interferone, conta piastrine < 75x103/uL). (ii) = possibile estensione a 16 settimane in cirrotici naïve al trattamento o in pazienti con recidiva a precedenti terapie con PEGIFN e RBV; fino a 20 settimane in cirrotici con storia di fallimento di terapie a base di PEG IFN. (iii) = Basata su opinione di esperti e dati preliminari di studi registrativi e/o di programmi di accesso espanso. Per approfondimenti, si veda anche la versione on-line delle *EACS Guidelines ver 8.01 October 2015*.

Riferimenti Bibliografici

1. Berenguer J, Rodríguez E, Miralles P, Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces non-liver-related mortality in patients coinfecting with HIV and Hepatitis C virus. Clin Infect Dis. 2012;55:728-36.
2. Berenguer J, Zamoja FX, Carrero A, et al. Effects of Sustained Viral Response in Patients Con HIV and Chronic Hepatitis C and Nonadvanced Liver Fibrosis. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014 Jul 1;66(3):280-7
3. Macías J, Mancebo M, Márquez M, Merino D, Téllez F, Rivero A, von Wichmann MA, López-Cortés LF, Merchante N, Santos J, Raffo M, Pérez-Pérez M, Camacho Á, Iribarren JA, Pineda JA. Low risk of liver decompensation among human immunodeficiency virus/hepatitis C virus-coinfecting patients with mild fibrosis in the short term. Hepatology. 2015 May;61(5):1503-11.