

LE NAZIONI *poco* UNITE

Al High Level Meeting (HLM) dell'ONU, lo scorso 13 giugno, è stato confermato l'impegno politico per raggiungere l'obiettivo "90-90-90" (che il novanta per cento della popolazione mondiale sia consapevole del proprio stato sierologico, sia in terapia ed abbia viremia negativa) entro il 2030.

Molti sono i paesi che hanno confermato il proprio impegno contro l'HIV promettendo di erogare a UNAIDS 26 miliardi di dollari entro il 2020. Ma il budget per raggiungere l'obiettivo è di 32 miliardi.

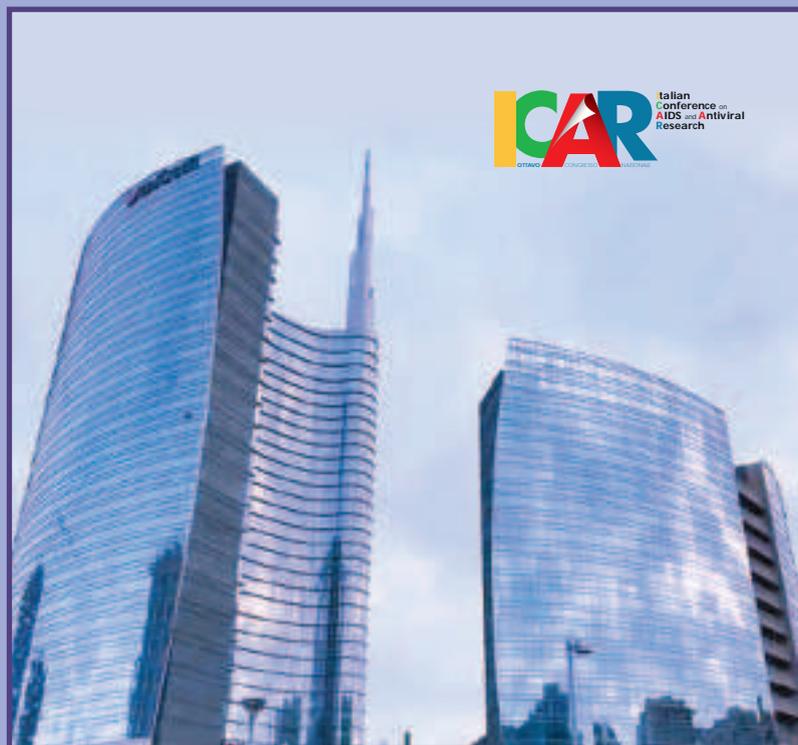
Nessun passo avanti rispetto al passato nella Dichiarazione di chiusura che non menziona le popolazioni chiave colpite dall'infezione quali i gay, i bisessuali, gli MSM, i professionisti del sesso, i transessuali e le persone che fanno uso di droghe iniettive.

Mancano anche precisi riferimenti alle azioni da intraprendere per ostacolare le nazioni che stigmatizzano chi ha l'HIV.

Le Dichiarazioni sottoscritte all'ONU, però, hanno un limite: le nazioni che criminalizzano omosessualità, programmi di riduzione del danno e sostituzione degli oppiacei non sono tenute a rispettarle nei propri paesi. Questa è la ragione politica per cui le popolazioni chiave non potevano essere menzionate nel documento.

Gli stati membri più conservatori hanno perfino negato l'accreditamento al HLM delle organizzazioni della società civile (LGBTI) ed alle agenzie che si dedicano ai programmi di riduzione del danno. Ma non si raggiunge un obiettivo globale senza l'aiuto di chi si impegna sul territorio nella formazione ed assistenza alle popolazioni vulnerabili.

Se tutti i paesi avessero come obiettivo la fine dell'AIDS, bisognerebbe andare molto oltre una Dichiarazione politica che non tutti applicano. Il governo italiano ha confermato lo scorso luglio che per il 2017 stanzierà 130 milioni di euro per il Fondo Globale, aumentando la nostra quota del 30%.



2 RIMEDI NATURALI

3 BREVI

4 PROBLEMI NEUROCOGNITIVI

6 EPAC 2016: FARMACI PER TUTTI

8 OLTRE LE SBARRE DEL SACERDOZIO

10 DI ARTE E DI PARTE

12 L'IMPORTANZA DELL'ADERENZA:

MAI DIMENTICARLA

14 EUROPA: L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ

16 TERAPIA: OTTIMIZZAZIONE

CON ATAZANAVIR/R + LAMIVUDINA

18 ICAAR 2016

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.

MIRTILLO



Nome scientifico *Vaccinium Myrtillus*, è un piccolo arbusto molto diffuso nelle zone del sottobosco, alto sui 50 cm, foglie ovali e seghettate, appartenente alla famiglia delle *Ericacee*. I mirtilli crescono nelle

zone montane, la fioritura avviene in primavera, mentre i frutti si raccolgono ad agosto, e si distinguono in tre diverse specie: nero, rosso e blu.

COMPOSIZIONE CHIMICA

Sono costituiti dall'84% da acqua, dallo 0,3% di grassi, dal 10% di zuccheri, dal 2,4% di fibre alimentari, dallo 0,7% di proteine e dallo 0,2% di ceneri.

Minerali presenti: fosforo, potassio, ferro, rame, zinco, manganese, magnesio, sodio e selenio.

Vitamine: A, B1, B2, B3, B5, B6, C, E, K e J. Contiene inoltre beta-carotene, antociani, luteina e zeaxantina.

Aminoacidi: acido aspartico e acido glutammico, alanina, arginina, cistina, glicina, fenilalanina, istidina, isoleucina, lisina, prolina, metionina, serina, leucina, tirosina, triptofano, valina e treonina.

Altri composti presenti nelle bacche sono l'acido ferulico, l'acido cumarico, acido caffeico e acido gallico.

VISTA

In campo oculistico, il consumo di mirtilli, favorisce la produzione della rodopsina, una proteina che migliora notevolmente la capacità di vedere in condizioni di luce bassa e ne migliora l'adattamento all'oscurità.

RADICALI LIBERI

Sono tra i frutti con il più alto contenuto di antiossidanti. Il loro colore è dovuto alla presenza di antociani, che sono dei pigmenti blu con un grande potere antiossidante.

Beta-carotene, vitamina C, A, E, luteina e zeaxantina, acido clorogenico, tannini, miricetina, quercetina, kaempferol sono tutti composti in grado di contrastare l'attività dei radicali liberi con conseguenti benefici in termini preventivi sui tumori, le infezioni e le malattie degenerative.

INVECCHIAMENTO

La quantità di composti antiossidanti può ritardare e, in alcuni casi prevenire, i segni dell'invecchiamento. Quando parliamo di ritardare ci riferiamo alle rughe, alle macchie senili e alla perdita dei capelli mentre, quando parliamo di prevenzione, ci riferiamo alle malattie degenerative come l'Alzheimer, la demenza, la cataratta, etc...

SISTEMA CARDIOVASCOLARE

Il ruolo protettivo nei confronti del sistema cardiovascolare da parte degli antiossidanti presenti nei mirtilli è ben documentato. Diversi studi, anche recenti, dimostrano come l'assunzione regolare sia in grado di ridurre i trigliceridi e i livelli di colesterolo cattivo LDL nel sangue. Tale protezione si estende anche alle pareti dei vasi sanguigni.

CIRCOLAZIONE

L'estratto di mirtillo è in grado di migliorare la micro-circolazione con benefici per chi soffre d'artrite, ritenzione idrica, vene varicose ed emorroidi.

VIE URINARIE

Contengono un composto, l'acido ippurico, che inibisce la crescita del batterio *Proteus Mirabilis*, ed in particolare il verificarsi della cistite, in virtù della forte presenza di flavonoidi e antociani.

DIGESTIONE E STITICHEZZA

Per prevenire la stitichezza è sufficiente la quantità di fibra presente in due manciate di mirtilli mentre il rame, il sodio, le vitamine,

gli acidi ed il fruttosio migliorano il processo digestivo stimolando la produzione di succhi gastrici.

SISTEMA IMMUNITARIO

La grande abbondanza di antiossidanti come gli antociani, le vitamine, il rame, il selenio, lo zinco, il ferro, rinforzano in modo importante il sistema immunitario rendendoci meno vulnerabili agli attacchi dei virus.

BRUCIAGRASSI

I catechini presenti nei mirtilli attivano i geni bruciagrassi nelle cellule adipose addominali: sono quindi straordinari alleati nella lotta contro il peso.

CONTROINDICAZIONI

Bisognerebbe sempre verificare che il nostro organismo riesca a tollerare l'assunzione regolare di questi frutti. A volte si possono riscontrare alcuni disturbi, come il mal di testa, la nausea e il mal di stomaco.

In gravidanza, consultare il medico, stesso discorso vale per i bambini. L'estratto secco di mirtillo nero ha un'azione diuretica e può favorire la formazione di calcoli renali.

In ogni caso questo prodotto non dovrebbe essere consumato da chi segue una terapia per tenere sotto controllo il diabete, perché ha un'azione ipoglicemizzante.

MODALITÀ D'USO

Estratto secco titolato: 60-120 mg è il dosaggio giornaliero da assumere lontano dai pasti. Decotto di Mirtillo: 70 grammi di bacche fatte bollire in 1 litro d'acqua per almeno 5 minuti. Tintura Madre: 40 gocce 2 volte al giorno in un bicchiere d'acqua per stimolare le funzioni gastriche, e come antisettico.

Succo di Mirtillo: un cucchiaino al mattino a stomaco vuoto per contrastare i problemi della microcircolazione.

BREVI

FILIPPO VON SCHLÖSSER

TERAPIA

ZERO CONTAGI: LO STUDIO PARTNER

Durante 58.000 rapporti sessuali senza preservativo con persone HIV positive in terapia e con carica virale non rilevabile, non c'è stato nessun caso di trasmissione del virus. Sono questi i risultati dello studio PARTNER,

elaborato sui rapporti sessuali di 888 coppie, 548 eterosessuali e 340 dello stesso sesso. Siamo sempre **più vicini alla certezza** che le persone con HIV in terapia efficace non trasmettano l'infezione, soprattutto nei rapporti

eterosessuali data la maggiore quantità di partecipanti. Per i rapporti anali il "rischio zero" è meno stringente perché lo studio è stato condotto su un numero più piccolo di persone. Ma anche per i rapporti anali non si sono osservati contagi da parte di persone con HIV in terapia efficace.

PARTNER 2 (studio che darà risultati solo su rapporti omosessuali) sta cercando partecipanti anche in Italia (Milano, Modena, Genova, Roma, Catania); maggiori informazioni sul sito www.chip.dk/PARTNER

ASM – ICAAC: PRO 140

Il PRO 140 appartiene alla nuova classe di inibitori di ingresso e sarà un anticorpo monoclonale IgG4, che agisce contro il CCR5 bloccando l'entrata del virus nelle cellule CD4. Il farmaco in studio sarà somministrato con una iniezione sottocutanea settimanale che non lascia segni nel sito. Dai primi studi di fase IIb è emerso che il farmaco è ben tollerabile e, in monoterapia, ha dimostrato attività prolungata con una diminuzione di quasi 2 log di HIV/RNA. Queste caratteristiche lo candidano

come "farmaco autosomministrabile". Inoltre, per oltre un anno, il PRO 140 ha dimostrato soppressione virale completa, permette di evitare la tossicità di altri ARV e di conservare altre opzioni terapeutiche. È efficace anche in caso di resistenze ad altri farmaci anti CCR5.

Come singolo agente è in fase di studio per la terapia di mantenimento dopo la soppressione virale di una prima linea terapeutica. L'FDA ha già candidato il farmaco per il fast-track (approva-

zione veloce). La maggior parte delle persone in studio avevano un'età media di 55 anni, quindi è candidabile per chi deve evitare tossicità collegate all'invecchiamento.

Lalezari et al., ASM - ICAAC, Boston, 16 - 20 giugno

ASM – ICAAC: TOLLERABILITÀ CON IP NELL'ANZIANO

Il profilo di tollerabilità di darunavir (Prezista) + Cobiscostat (nuovo rafforzatore) con 2 NRTI è simile tra pazienti con <45 anni di età e quelli con circa 70 anni.

È quanto emerge dallo studio elaborato in Catalogna che ha arruolato 313 pazienti tra i 31 anni di età media e 72 anni di età massima. Nelle 48 settimane in studio è stato confermato che la tollerabilità era addirittura migliore nei pazienti di maggiore età. Anomalie di laboratorio di gra-

do 3 - 4 si sono verificate in maniera analoga a prescindere dall'età e si riferiscono soprattutto alla creatinina e ai trigliceridi (nessun cambiamento nel colesterolo).

La risposta virologica è stata assolutamente analoga nei bracci dello studio, anche se i pazienti di oltre 45 anni assumevano altri farmaci in concomitanza con la terapia ARV.

Brown K et al., ASM – ICAAC, Boston, 19 giugno 2016

ASM – ICAAC: BICTEGRAVIR

La conferenza ha dedicato 4 poster al nuovo farmaco di Gilead. Bictegrovir (GS-9883) è un inibitore del trasferimento di ceppi dell'integrasi (INSTI) da assumere una volta giorno. Negli studi di fase I è stata esaminata la potenza antiretrovirale, il profilo di resistenza, la farmacocinetica e il profilo di tollerabilità. Attualmente è in fase III come parte di un regime orale da assumere in combinazione con tenofovir (TAF) e emtricitabina.

In uno dei poster presentati il farmaco è stato studiato in monoterapia e ha dimostrato una diminuzione veloce della viremia sostenuta per il periodo di studio (10 giorni). In vitro ha anche dimostrato un'ottima sinergia con il darunavir e un miglior profilo di resistenza rispetto a dolutegravir, elvitegravir e raltegravir.

Gilead, ASM – ICAAC, Boston, 20 giugno 2016

SOCIALE

FONDI USA

Gli Stati Uniti, nel 2016, hanno confermato lo stanziamento di 72 miliardi di dollari per il Fondo PEPFAR (Presidential Emergency Program for AIDS, www.pepfar.gov) per aiutare i paesi a basso reddito nello sviluppo di progetti mirati a formazione, cura ed assistenza. Inoltre, durante l'HML, hanno annunciato un aumento di 500 milioni di dollari all'anno fino al 2020 per il sostegno delle popolazioni chiavi. Ulteriori 100 milioni all'anno saranno devoluti per

contrastare la negazione dei diritti civili nei paesi che criminalizzano i comportamenti legati all'HIV. PEPFAR, istituito nel 2009, si aggiunge al programma di aiuti preesistenti conosciuto come USAIDS.

OUTING CON CAUTELA!

A San Francisco, dove è nata la militanza per la difesa dei diritti delle persone omosessuali e città più colpita dall'HIV nel mondo occidentale, ancora oggi si pubblicano articoli sull'opportunità di manifestare con cautela il proprio stato sierologico. Almeno per quanto riguarda i rapporti di lavoro dato che si sono verificati

molteplici episodi di discriminazione. Le stesse associazioni della comunità suggeriscono di valutare attentamente questo passo perché la patologia richiede a volte frequenti visite mediche che necessitano di permessi sul lavoro.

Il datore di lavoro potrebbe richiedere la diagnosi che giustifichi le assenze, ma non è obbligatorio specificare quale sia la patologia. Lo slogan che ne deriva è "Condividi solo le informazioni che non ostacolano la tua vita".

Betablog.org/disclosing-HIV, 20 giugno 2016

OMS E TERAPIA

L'Organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato i dati provenienti da due studi osservazionali che sono durati venti anni in tre continenti: Africa, Asia e America Latina.

È stato confermato che la terapia precoce ARV permette di diminuire il rischio di malattie infettive fino al 91% ed, in particolare, se fosse stata somministrata nel 2013 si sarebbero evitati 900 mila casi di infezioni a rischio di morte, con un

risparmio di circa 50 milioni di dollari. Si è stimato anche che si sarebbero prevenuti almeno 161 mila casi di infezioni pediatriche, con un risparmio pari a 17 milioni di dollari. Le infezioni, più ricorrenti, soprattutto nell'infanzia, sono la diarrea da HIV, la

toxoplasmosi e la tubercolosi, aggravate dalla disidratazione da dissenteria cronica, patologia endemica in questi continenti.

www.who.int/hiv/mediacentre, 26 giugno 2016

PROBLEMI NEUROCOGNITIVI: NOVITÀ DELLA RICERCA ITALIANA

L'ASPETTATIVA DI VITA DELLE PERSONE CON HIV È NOTEVOLMENTE AUMENTATA E LA PROGRESSIONE VERSO AIDS E DEMENZA ASSOCIATA È DIMINUITA.

Il monitoraggio dei *deficit neurocognitivi*, l'evoluzione verso forme più gravi, è una questione all'ordine del giorno della gestione clinica ordinaria dei pazienti, non solo per il loro effetto diretto sulla salute fisica, ma anche perché sono associati alla progressione della malattia e alla riduzione dell'aderenza (Gonzalez, 2011). Inoltre, le Linee Guida Italiana riportano che l'età maggiore dei 50 anni e il basso Nadir di CD4 sono fattori predittivi di possibile insorgenza.

Di seguito, proponiamo gli ultimi studi sulla materia presentati in giugno 2016 all'ottava Italian Conference on AIDS and Antiviral Research (ICAAR), alcuni dei quali presentano anche elementi di analisi dei costi per il sistema sanitario.

P. Meraviglia (P 174) riporta i risultati dello Studio CARE HIV, che si è posto l'obiettivo di rilevare, in una coorte italiana, i fattori di rischio che portano allo sviluppo di problematiche neurocognitive. Lo studio è prospettico, osservazionale, milanese (Ospedale Fatebenefratelli Sacco). Nel 2014, nell'ospedale è stato somministrato un questionario (Simioni et al, 2010) a 1117 pazienti per comprendere la presenza e il grado di problematiche neurocognitive. In 285 casi (26%) si sono rilevate problematiche e nel 4% dei casi esse erano severe.

Tra coloro che sono risultati "positivi" allo screening e i "negativi", non sono state riscontrate differenze significative in merito al sesso, l'età, fattori di rischio in ambito sessuale, la carica virale, le tipologie di terapie e il numero di terapie assunte, la durata dell'infezione. Invece, si è avuta significatività con l'assunzione di farmaci anti-depressivi e anti-ansia, i disturbi alla vista e lo stato di AIDS nel corso della storia clinica. Un trend alla significatività si è riscontrato con la compresenza di Epatite C e di eventi cardiovascolari.

L. Ferrario (P175) ha proposto un'analisi svolta nell'Ospedale Fatebenefratelli Sacco di Milano riguardante i regimi terapeutici a

TUTTAVIA, LE PROBLEMATICHE NEUROCOGNITIVE, ANCHE LIEVI E ASINTOMATICHE, RIMANGONO UNA CONSEGUENZA RILEVANTE DELL'INFEZIONE DA HIV.

seconda del *CPE score* (un valore che indica il grado di penetrazione dei farmaci antiretrovirali del regime nel sistema nervoso centrale). Sono stati presi in considerazione 4 gruppi di pazienti, paragonabili per caratteristiche cliniche: 1) chi assumeva inibitori dell'integrasi; 2) chi regimi basati su lopinavir/r; 3) chi regimi basati su non nucleosidici; 4) chi regimi basati su inibitori delle proteasi. Lo studio ha voluto indagare eventuali differenze nei 4 gruppi in merito alla

presenza di fattori di rischio per lo sviluppo di deficit neurocognitivi, profilo immunologico, controllo virologico, numero di comorbidità, cambiamenti di regimi terapeutici.

Il costo-medio per paziente (anno 2014) è stato calcolato considerando la presenza o l'assenza di disturbi neurocognitivi. Il campione era principalmente composto da maschi (73.3%), con una età media di 47.2 anni. I pazienti in terapia con LPV/r presentavano

COSA SONO I DISTURBI NEUROCOGNITIVI?

Sono alterazioni che evidenziano la diminuzione di una o più delle 4 funzioni cognitive di base, vale a dire, quelle che permettono di interagire con il mondo esterno:

- **Attenzione:** capire cosa è più importante in un determinato contesto/momento;
- **Memoria:** apprendere, ricordare, ordinare le informazioni;
- **Percezione:** il rapportarsi con il mondo esterno e quindi elaborare correttamente ciò che ci circonda;
- **Ragionamento:** difficoltà nei processi logici, tra cui il linguaggio.

Spesso sono accompagnati da stati di ansia e agitazione e, tramite una diagnostica specifica (test neurocognitivi), vanno distinti da sintomi simili che indicano altre patologie della mente, come ad esempio la depressione.

A CHE COSA SONO DOVUTI?

A cause organiche - come l'abuso di alcol, di farmaci, di sostanze, un trauma cerebrale - oppure a un danno al Sistema Nervoso Centrale (SNC) pro-

vocato dall'HIV, e in tal caso sono detti *HIV-associated neurocognitive disorders (HAND)*. Può anche esserci il sovrapporsi di entrambe le situazioni. Sono da distinguersi ai fini della diagnosi i disturbi cognitivi dell'invecchiamento e la demenza senile.

DISTURBI NEUROCOGNITIVI E PERSONE CON HIV

Le persone a più elevato rischio di sviluppare HAND sono quelle con nadir di CD4 < 200, con età superiore ai 50 anni, con fattori di rischio cardiovascolare e/o alterazioni del metabolismo glucidico o lipidico, con coinfezione con HCV e con replicazione di HIV in corso. Talvolta possono anche associarsi a presenza di virus nel SNC (liquor).

In base al grado di interferenza - nessuno, lieve o grave - con la vita quotidiana si parla di:

- **Deficit asintomatico** - *asymptomatic neurocognitive impairment (ANI)*;
- **Disturbo lieve** - *mild neurocognitive disorder (MND)*;
- **Demenza** - *HIV-associated dementia (HAD)*.

un numero minore di comorbidità anche se più anziani degli altri, un profilo immunologico migliore, pur con Nadir più basso, un minor numero di cambiamenti di regimi terapeutici. Questi pazienti avevano un CPE score più alto rispetto a coloro che utilizzavano altri inibitori delle proteasi, con un minor rischio di sviluppo di problematiche neurocognitive. In merito al costo paziente/anno, questo gruppo, ad eccezione di coloro che assumevano NNRTI, è stato quello che, anche in termini di gestione, ha avuto un costo minore.

Sempre **L. Ferrairo**, in una comunicazione orale (**OC71**), ha analizzato i fattori determinanti dei costi del paziente HIV con problematiche neurocognitive. Il focus è stato sulla regione Lombardia, negli anni 2013-2014. La stratificazione dell'analisi, in questo caso, è avvenuta tra pazienti naive e pre-trattati, secondo le seguenti variabili: genere, controllo virologico, presenza di problematiche neurocognitive, numero di comorbidità. La

valutazione economica ha incluso gli esami laboratoristici e le procedure diagnostiche, i ricoveri in ospedale, la terapia antiretrovirale e gli altri farmaci utilizzati. Considerando la popolazione in studio (1117 pazienti), l'80% era virologicamente soppresso e il 70% aveva almeno una comorbidità.

Nei pazienti pre-trattati (il 93% del totale), i fattori di "alto costo" sono stati: la presenza di problematiche neurocognitive, l'aumento progressivo del numero di comorbidità e il sesso maschile. Invece, nei pazienti naive sono stati la carica virale, la presenza di problematiche neurocognitive e di comorbidità. In conclusione, l'analisi ha evidenziato come la presenza di deficit neurocognitivi provoca un aumento dei costi medi del 19% (€ 13.013,80 vs € 10.929,35, p<0.05).

L. Sarmati (OC52) mostra dati interessanti per la rilevazione di danno celebrale in 48 pazienti naive utilizzando l'elettroencefalografia (EEG) e il software LORETA (Low Re-

solution Electromagnetic Tomography). In questo caso, il parametro preso in considerazione è stato lo "Z-score".

Il 50% delle persone aveva il parametro anormale prima dell'inizio della terapia e il 49% di esse l'ha normalizzato dopo 5 mesi dall'inizio, indicando così l'appropriatezza della metodica in questi pazienti e potendo così pensare all'utilizzo della metodica per personalizzare meglio la prima terapia. Lo studio ha permesso la valutazione della metodica versus volontari sani.

PROGETTO LORETA: QUALI I CENTRI GIÀ OPERATIVI?

Ricordiamo che è una metodologia sperimentale che, attraverso un elettroencefalografo, consente di esplorare alcune aree del cervello utili all'individuazione precoce di *disturbi neurocognitivi*, con un esame non invasivo di pochi minuti.

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

SONO GIÀ OPERATIVI...

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

* = in attesa di approvazione da parte del comitato etico.

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

SARÀ, INVECE, OPERATIVO DAL MESE DI SETTEMBRE 2016...

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

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

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

FARMACI PER TUTTI!

È QUESTO IL MOTORE DEL CONVEGNO ANNUALE DELL'ASSOCIAZIONE EPAC, CHE SI È TENUTO A NAPOLI L'11 GIUGNO 2016 DAL TI-

TOLO "L'OFFERTA DEI FARMACI INNOVATIVI A TUTTI I PAZIENTI CON EPATITE C: LIMITARE L'ACCESSO È L'UNICA SOLUZIONE?"

Oltre 500 pazienti provenienti da tutta Italia hanno preso parte al meeting annuale dell'associazione, che quest'anno ha proposto un incontro informativo in Campania. Una regione che, per epidemiologia da HCV, è altamente colpita, ma soprattutto una regione che è riuscita ad erogare, dall'inizio delle terapie di combinazione senza interferone, oltre 6000 trattamenti: in proporzione alla popolazione residente, si è dimostrata la prima in Italia.

IL PROGRAMMA SCIENTIFICO

Il programma scientifico è stato ricco: tutta la comunità scientifica campana che ha a che fare con l'epatite C è scesa in campo per spiegare alle persone lo stato dell'arte della cura della patologia, della gestione delle comorbidità associate, del trattamento delle casistiche più difficili.

Durante la prima sessione, con la moderazione del Dr. Antonio Chirianni (Ospedale Cotugno e Presidente SIMIT) e della Prof. Carmelina Loguerio (Seconda Università degli Studi di Napoli – Policlinico), il Prof. Giovanni Battista Gaeta (Seconda Università di Napoli – Policlinico) ha illustrato l'efficacia delle nuove terapie per l'epatite C e il conseguente miglioramento della qualità della vita, il Prof. Nicola Caporaso (Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli) ha fatto il punto sui pazienti con cofattori di rischio che necessitano di un trattamento immediato, dato che l'epatite C è un'infezione sistemica, ovvero coinvolge spesso il sistema muscoloscheletrico, endocrino, neuromuscolare, neurologico, ecc., infine, il Prof. Ernesto Claar (Ospedale Evangelico Villa Betania) ha fatto un focus sul paziente anziano.

È poi intervenuto il Prof. Enrico Coscioni (Consigliere Presidente delegato sui temi della Sanità – Regione Campania) per fare il punto sulla situazione di accesso ai nuovi farmaci nella regione, evidenziando come "il sistema Campania" ha saputo rispondere, in modo organizzato, a questa nuova sfida.

Il suo auspicio è che la revisione dei criteri - che deve avvenire a livello nazionale - possa consentire di aumentare il bacino di pazienti curati.

Durante la seconda sessione, con la moderazione del Dr. Carmine Coppola (ASL Napoli 3 Sud - Area Stabiese, Plesso Nuovo Gragnano) e il Prof. Guglielmo Borgia (Università Federico II di Napoli), il Prof. Dr. Luciano Tarantino (Ospedale S. Giovanni di Dio di Frattamaggiore - Napoli) ha relazionato sull'accesso ai nuovi farmaci per pazienti con tumore al fegato.

il Prof. Giovanni Di Costanzo (Ospedale Cardarelli - Napoli) ha evidenziato le criticità nell'utilizzo dei nuovi farmaci per alcune tipologie di pazienti e, a seguire il Prof. Marcello Persico (Università di Salerno) ha illustrato il possibile miglioramento della cirrosi in pazienti guariti.

Durante la terza e ultima sessione (tavola rotonda), con la moderazione del Dr. Basilio Fimiani (Umberto I - Nocera Inferiore - Salerno) e del Prof. Antonio Ascione (Ospedale Fatebenefratelli di Napoli), il Presidente di EpaC Ivan Gardini, il Dr. Renato Santoro (Ospedali Riuniti di Salerno), il Dr. Guido Piai (Ospedale San Sebastiano di Caserta), il Dr. Angelo Salomone Megna (Ospedale Rummo, Caserta), il Dr. Salvatore D'Angelo (Ospedale San Giuseppe Moscati - Avellino), la Prof.ssa Filomena Morisco (Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli) hanno evidenziato i punti di discussione utili al confronto diretto con la sala. Massimiliano Conforti (Vice-Presidente di EpaC) ha terminato l'incontro.

OBSOLETI I CRITERI AIFA

Tutte le relazioni hanno messo in luce come, pur a macchia di leopardo, nel breve (pochi mesi) i pazienti "gravi", in "necessità urgente", saranno tutti trattati. Una "risposta" del "sistema Italia" che ha consentito al 6 Giugno 2016 di trattare 48.245 pazienti in un anno e mezzo (dati reperibili sul sito AIFA al link: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/aggiornamento-epatite-c>). Ora, che fare?

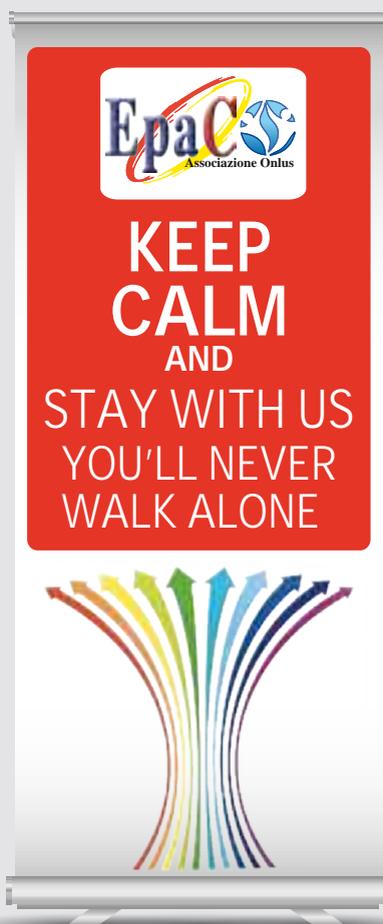
Se, come dichiarato pubblicamente dal Prof. Luca Pani (Direttore Generale dell'AIFA), il costo medio di una terapia anti-HCV con i nuovi farmaci è di circa 15.000 euro...

Se, come ci ricorda Ivan Gardini, i pazienti da trattare (escludendo ovviamente gli "inconoscibili") sono circa 150.000/160.000...

Se "il sistema Italia" ha dimostrato di non poter prendersi in carico più di 30-35.000 pazienti/mese per ragioni gestionali (lavorando i medici a iso-risorse)...

Perché allora non "cancellare questi criteri", consentendo l'introduzione, come avviene in altre patologie, di Linee Guida?

Lasciare al medico curante la possibilità di valutare caso per caso quali pazienti trattare subito secondo esigenze di natura clinica e sociale, con Linee Guida che ovviamente





devono contenere indicazioni (ma non obblighi) di priorità, è quanto di più di buon senso tutti gli attori (istituzioni centrali escluse) chiedono.

Il Presidente di EpaC ricorda a puro titolo di esempio i costi di un malato di cancro e anche quelli di una persona con HIV o comunque di qualsiasi altra patologia cronica: cifre ben maggiori di quanto sarebbe necessario per un piano economico, ragionato e pluriennale, per affrontare la cura dell'epatite C nel nostro paese. Francia e Spagna stanno già agendo in questo senso. *"Perché solo noi italiani non riusciamo a fare una programmazione che risponde alle esigenze di cura di cittadini che pagano regolarmente le tasse?"* – conclude Ivan Gardini.

ABERRANTI LE STORIE CAUSATE DALL'AIFA

Sono direttamente i pazienti che fanno ben comprendere la situazione attuale. Interviene un ragazzo di 33 anni, che ha l'epatite C fin dalla nascita e che però ha un fegato non ancora in fibrosi. Volendo lui liberarsi di un fardello pesante, oggi in Italia non lo può fare. È spaventato dal fatto che, con l'età, anche in lui possano manifestarsi patologie extra-epatiche che inciderebbero non poco sulla sua vita.

A seguire, viene proposto il caso di una ragazza in età fertile, che vorrebbe pianificare una gravidanza con il suo compagno, ma che non riesce a farsi prescrivere i farmaci

perché il suo fegato non è ancora troppo compromesso. Non è forse un suo diritto liberarsi dell'infezione?

Sono poi numerosi i casi di persone che, a causa dei criteri AIFA, vogliono percorrere la strada dell'acquisto all'estero di farmaci generici. Il presidente di EpaC evidenzia tutte le criticità di questa strada. *"Ma perché la gente vuole percorrere strade anche ai limiti della legalità? Probabilmente perché ha voglia di curarsi e riprendersi in mano la propria vita e da noi non lo può fare."* - commenta Ivan Gardini.

IPOTESI PER AUMENTARE I PAZIENTI IN CURA

EpaC propone linee guida ragionate sulla patologia. Ciò che spaventa, invece, è quanto pare possa essere verosimile che accada nel nostro paese da qui a 6-8 mesi. AIFA stima di poter togliere totalmente i criteri nel 2020 (impensabile, secondo Ivan Gardini, ndr). Tuttavia, nel 2017 ci potrebbe essere un allargamento ai pazienti F2 (gradi di fibrosi più lieve). Sembra assurdo che tutta la comunità scientifica sia concorde sul fatto che l'esame (Fibroscan, che valuta il grado di fibrosi), in fascia F2, non è pienamente attendibile per i limiti intrinseci della metodica. Allora come fare?

"È necessario che la voce di pazienti e medici diventi molto più forte, altrimenti si rischierebbe di creare ulteriore iniquità sulla base di criteri aggiuntivi e vincolanti dalla dubbia efficacia" – replica Ivan Gardini.

UN APPELLO AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO

EpaC ribadisce la necessità che sia il governo (Presidenza del Consiglio e Ministero dell'Economia) a intervenire direttamente stanziando fondi adeguati sostenibili per affrontare, con decisione e pianificazione, la problematica.

Si ricorda in questa sede che il 10 Maggio 2016, le Associazioni AITF, ANED, ARRAN, EPAC, LILA, NADIR, PLUS, e le Federazioni FEDEMO, LIVER POOL, THALASSEMIA, forum TRAPIANTATI, si sono già rivolte al Presidente del Consiglio senza ottenere alcuna risposta (Link: http://www.epac.it/notizie/default.asp?id=890&id_n=18337).

"Come è possibile che il governo parli, spesso, di fondi da stanziare sull'innovazione, quando non si riesce nemmeno a far fruire il paese di farmaci davvero innovativi e salvavita?" – conclude il Presidente di EpaC.

Dettagli sulle relazioni del congresso sono disponibili sul sito www.epac.it

L'HCV è una malattia trasmissibile e, solo per questo, preclude al paziente di vivere una vita serena. Riportiamo le dichiarazioni del Presidente della SIMIT (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali) Dr. Antonio Chirianni, che evidenzia uno dei problemi che i criteri causano, in particolare sulle persone con HIV e HCV.

Ricordiamo che esistono gruppi particolari di pazienti, come i co-infetti HIV-HCV. In Italia siamo in presenza di un problema reale: su circa 100.000 persone con HIV (in trattamento), il 35% ha una co-infezione da HCV. Una grossa fetta di questa popolazione si trova in uno stadio di malattia non molto avanzata e, quindi, al momento sono esclusi dal trattamento HCV.

In realtà essi dovrebbero essere inclusi tra i pazienti con priorità di trattamento per varie ragioni: in primo luogo in questa fascia di popolazione l'HCV si aggrava più rapidamente rispetto a coloro che non sono co-infetti; hanno una maggiore probabilità di trasmettere la malattia, a causa del loro sistema immunitario compromesso e dei loro comportamenti a rischio. Infine, si tratta di pazienti costantemente seguiti e monitorati, che i medici conoscono molto bene, quindi in questo gruppo si potrebbe più facilmente eradicare.

OLTRE LE SBARRE...

DEL SACERDOZIO

MENTRE GLI ISTITUTI DI PENA NON SONO IN GRADO DI FORNIRE INFORMAZIONI PER LA PREVENZIONE DI MALATTIE INFETTIVE, LUOGHI QUALI I CENOBI, DOVE VIVONO I SACER-

DOTI, NON VOGLIONO TRATTARE IL TEMA, SEBENE LE SBARRE CHE IMPRIGIONANO L'ANIMA POSSONO ESSERE PEGGIORI DI QUELLE CHE IMPRIGIONANO IL CORPO.

Sono molte le storie di preti e giovani seminaristi che cercano di coniugare la propria scelta con la loro sessualità.

Su queste storie i racconti spesso si trasformano in vere e proprie smanie di gossip, come se un sacerdote non fosse un uomo, con le stesse pulsioni affettive e sessuali di tutti gli altri esseri umani, ma un'entità a sé, perché ha assunto il "voto".

La figura di alcuni di essi si discosta molto da quella dei missionari in Africa, che si donano agli altri incuranti del rischio o di quelli che pagano con la vita la propria scelta di fede.

Il sacerdozio, per chi sente la vocazione, è il "mestiere" più bello del mondo. Mestiere e vocazione forse non suonano bene, nell'ambito della spiritualità, ma come definire l'impegno di questi individui che elevano lo spirito dell'essere umano?

Spesso oggi vediamo preti che vanno in palestra e curano il proprio fisico, badano al proprio taglio di capelli, fanno la dieta, escono la sera e vanno nei locali per MSM. In molti ricordiamo quel prete di Chicago che, negli anni '90 dopo aver celebrato la messa all'Università Gregoriana, correva in palestra o alla spiaggia ove sul lettino si incontrava con accompagnatori. Ma cerchiamo di analizzare il fenomeno in chiave moderna provando a discostarci da quella figura di manzoniana memoria, dove il prete o è un sant'uomo votato al martirio o un pusillanime votato al pregiudizio.

È di un anno fa la confessione del Monsignore polacco, il teologo Krzysztof Charamsa, di essere gay e avere un compagno. Sua l'intenzione di scuotere la Chiesa, pur pagandone le conseguenze. Secondo il Monsignore, l'amore omosessuale è un amore familiare e per questo invita il clero ad aprire gli occhi.

È chiaro che il Monsignore voglia abbattere un tabù, perché la chiesa non conosce e non riconosce gli omosessuali, senza poterli guardare negli occhi, anche perché di rado essi si dichiarano.

"Arriva un giorno che qualcosa si rompe dentro di te, non ne puoi più. Da solo mi sarei perso nell'incubo della mia omosessualità negata, ma Dio non ci lascia mai soli. E credo che mi abbia portato a fare ora questa scelta esistenziale così forte – forte per le sue conseguenze, ma dovrebbe essere la più semplice per ogni omosessuale, la promessa per

vivere coerentemente – perché siamo già in ritardo e non è possibile aspettare altri cinquant'anni. Dunque dico alla Chiesa chi sono. Lo faccio per me, per la mia comunità, per la Chiesa. È anche mio dovere nei confronti della comunità delle minoranze sessuali."

Krzysztof Charamsa

PROMISCUITÀ E SACERDOZIO

Ma se questo è il lato luminoso di una delle tante storie di vita di un sacerdote, esiste un lato oscuro.

Spesso la solitudine scende nell'aspetto più materiale degli aspetti umani. Molti sacerdoti devono vivere le loro pulsioni nella promiscuità, pur di mantenerne la segretezza, in quanto hanno fatto due voti: castità e obbedienza.

Si pubblicano le storie più contorte e anche banali, riguardo a questi preti. Toccate e fughe nei luoghi di incontro per appagare il loro bisogno di sesso. Storie di ricatti. Saune gay. Il Corriere della Sera riportò la testimonianza di un prostituito riguardo a un prete che voleva essere picchiato con la cinta.

Sempre a Roma si avventura il parroco abruzzese che, dopo i rapporti sessuali, lascia il proprio indirizzo email "padrean...@...it"

Se poi affrontiamo un problema come l'Hiv, la Chiesa lo ritiene una sorta di castigo divino per omosessuali, drogati e chiunque viva una sessualità *disordinata*. Viste queste posizioni, non stupisce che il caso di preti sieropositivi (o malati di Aids) sia occasione non di applicazione delle virtù cristiane, ma del massimo disagio e della massima ipocrisia.

Sui loro certificati di morte è scritto 'deceduto per polmonite o linfoma'.

Suscitò scalpore, nel 1995, il caso dell'arcivescovo Emerson J. Moore della diocesi di New York, quando si fece ricoverare in una clinica specializzata in Minnesota facendo scrivere nella cartella clinica che era un "semplice lavoratore dell'industria". Quando morì scrissero sul certificato "per cause naturali sconosciute".

Le associazioni degli attivisti contro l'Aids che lo assistettero per mesi, insorsero, facendo causa all'ospedale che fu costretto a fare marcia indietro e a scrivere la verità sul certificato di morte (ma nascondendo la sua vera professione).

Il Vaticano non commenta e lascia la parola ai vescovi locali...ma i Monsignori troppo spesso insabbiano.

MA LIBERACI DALL'HIV

È difficile riconoscere sacerdoti *in divisa* accedere ai normali screening di routine in un Day Hospital di Malattie Infettive. Come affrontano, dunque, un'eventuale diagnosi di sieropositività? Come la giustificano? Quali rapporti continuano ad avere con l'obbedienza e con i superiori? Quanti sono i vescovi che conoscono l'attività sessuale dei parroci?

Ma soprattutto, i preti fanno uso del preservativo? Si sottopongono al test dell'Hiv? Con quale spirito affrontano l'eventualità di mettere a rischio la propria salute e quella de-

gli altri, se vivono in un sistema di omertà, dove tutto è nascosto sotto il tappeto delle apparenze?

DILAGANTE REALTÀ

Secondo un'inchiesta del Kansas City Star (USA), quotidiano del Midwest, i sacerdoti cattolici sarebbero colpiti dal virus dell'Hiv addirittura quattro volte di più della media della popolazione americana.

Ma dalle testimonianze raccolte, questa è solo la punta dell'iceberg. L'inchiesta del quotidiano è basata sullo studio dei certificati di morte e su interviste con decine di esperti, di medici e religiosi. Il Dottor Farley Cleghorn, dell'Istituto di Virologia di Baltimora, ha ammesso di aver curato una ventina di religiosi. E tutti, quando si sono recati dal medico, hanno chiesto fosse mantenuto il segreto sul loro stato di sieropositività. Tremila questionari anonimi sono stati inviati ad altrettanti sacerdoti e oltre ottocento hanno risposto ammettendo che il problema esiste. Sei religiosi su dieci hanno dichiarato di conoscere almeno un collega morto di Aids, un terzo di conoscere un sacerdote malato di Aids e alla domanda sul loro orientamento sessuale, il 15% si è dichiarato gay e il 5% bisex. (Kansas City Star, 2012)

UN QUADRO SCONCERTANTE

Secondo lo psichiatra Richard Sipe, ex benedettino, *"Se dovessimo eliminare tutti quei preti che hanno tendenze omosessuali, il numero sarebbe così alto che risulterebbe una bomba atomica"*.

Negli Usa il 48% dei preti sarebbe gay; in Austria il 22% avrebbe relazioni con donne; il 41% di preti brasiliani ha ammesso di aver avuto rapporti sessuali; The Guardian ha parlato di mille casi di figli di preti cattolici; in Spagna il 20% del corpo sacerdotale sarebbe costituito da preti sposati; in Italia un sondaggio di Gay.it dice che il 37% degli intervistati ha avuto un approccio sessuale con uomini di Chiesa. Ma dinanzi a tutto questo il Vaticano, finché non scoppia lo scandalo, chiude entrambi gli occhi, preferisce non vedere e non agire, se non con un inutile trasferimento: la reputazione prima di tutto, a costo di pagare profumatamente il silenzio.

IL CASO SPOTLIGHT

È un film del 2015 co-scritto e diretto da Tom McCarthy, vincitore di due premi Oscar nel 2016 come miglior film e miglior sceneggiatura originale.

Racconta la storia del team di giornalisti investigativi del Boston Globe, soprannominato Spotlight, che nel 2002 ha sconvolto la città con le sue rivelazioni sulla copertura sistematica da parte della Chiesa cattolica degli abusi sessuali commessi su minori da oltre 70 sacerdoti locali, in un'inchiesta premiata col premio Pulitzer.

Il cardinale Bernard Francis Law, arcivescovo di Boston, si dimetterà alcuni mesi dopo la pubblicazione degli articoli incriminanti.

Tra il 1989 e il 2004, quasi tutti i preti, individuati come pedofili o promiscui, furono inviati a destinazioni sconosciute alla fine di questo "processo inquisitorio". Il film termina con un vescovo che dice "Non incolpate la chiesa perché di essa tutti abbiamo bisogno".

San Giovanni Paolo II e il suo successore, Benedetto XVI, allora responsabile della procedura contro gli abusi, trasferirono il cardinale Law, dopo le dimissioni nel 2004, alla Basilica di Santa Maria Maggiore in qualità di arciprete. Poi fu emeritato e vive tuttora tra di noi...

Charlie Isola, medico di New York, intervistato sempre dal quotidiano, ha ammesso che tutti i preti da lui curati avevano un'età compresa fra i quaranta e i sessant'anni e avevano contratto l'infezione sessualmente.

Joseph Barone, psichiatra, istituì di nascosto una ricerca sull'Aids nel clero. Effettuò analisi e controlli su decine di seminaristi del College, fornendo loro nomi fittizi. I seminaristi vennero remunerati come volontari per la ricerca e il risultato fu che uno su dodici era sieropositivo. La maggior parte era gay e aveva contratto il virus attraverso il rapporto sessuale. Un prete che aveva contratto il virus lo aveva trasmesso ad altri otto preti. (Kansas City Star 2012)

La chiesa americana conosce il problema e per questo, sempre secondo il Kansas City Star, la maggior parte delle diocesi e degli ordini religiosi ha iniziato a richiedere agli aspiranti seminaristi il test prima dell'ordinazione.

Il settimanale Panorama, in due articoli apparsi nel giugno e nel novembre del 2000, rivelò che anche da noi ci sono centri specia-

lizzati per la cura dei sacerdoti omosessuali malati di Aids. La ricerca ne aveva individuati due: uno a Trento e uno a Genova.

Don Mazzi, sempre a Panorama, affermò che il fenomeno dei preti sieropositivi in Italia esiste e riguarda, per sua esperienza diretta, preti eterosessuali che ha assistito fino alla morte.

Alla domanda: "Come affronta la Chiesa di Roma questo tipo di problemi?" Don Mazzi rispose: "Delega ai vescovi. Ma se il mondo va male non è perché nella Chiesa qualche sacerdote ha fatto l'amore o un figlio, ma perché tutti gli altri sono poco preti."

Se alla luce dei cambiamenti epocali la chiesa riconoscesse la sessualità e l'affettività come pulsioni umane, i sacerdoti potrebbero vivere una vita aperta, avvicinandosi di più agli esseri umani. E se il Cristianesimo è la religione dell'amore, un omosessuale deve poter dire alla Chiesa che si può amare secondo la propria natura e che l'amore non può essere frain-teso come una ricerca esasperata del piacere.





DI ARTE E DI PARTE HIV E AZIONE

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. DALLO STIGMA, ALLA VERGOGNA, DALL'AMORE, ALLA VOGLIA DI COMBATTERLO, L'HIV RAGGRUPPA TANTI TEMI AVVOLTI IN UNA TRAMA, SEMPRE COINVOLGENTE E SEMPRE ATTUALE.

LA LUNA NEGLI OCCHI di Sandro Ori (2010, Marco Del Bucchia Editore - pagine 412 - euro 18,00) è un giallo che ha come protagonista l'investigatore privato Luca Santini.

Fin qui, nulla d'insolito, a parte il fatto di essere sieropositivo. È un ex poliziotto, né tossicodipendente né omosessuale, una persona come tante incappata nella sieropositività, che vive la sua vita normalmente, persino avventurosamente.

Molte delle indagini a cui lavora gli sono affidate dal suo vecchio amico Massimo Santalmassi, noto avvocato di Lucca, tra cui quella sull'omicidio del giovane architetto Maurizio Bandelli, rinvenuto ad Amsterdam - alle prime luci di capodanno - evirato e con la gola tagliata.

Luca indaga e nella città olandese conosce i poliziotti incaricati del caso. Purtroppo non riesce a scoprire molto. Un giorno sente in tv la notizia del rinvenimento di un cadavere nella pineta di Viareggio: un altro architetto evirato e con la gola tagliata.

Inizia così una lunga caccia al serial killer in varie città d'Europa, Monaco di Baviera, Parigi, Barcellona, dove vengono rinvenuti nuovi cadaveri. Ad affiancare l'investigatore ci sono il commissario di polizia Andrea Nocentini e i suoi sottoposti. Inoltre, Luca deve gestire la sua non semplice vita privata, dividendosi tra l'ex moglie, l'amata figlia, gli altri (all'oscuro delle sue condizioni di salute) e i controlli periodici ai quali si sottopone presso l'ospedale di Lucca.

Durante una di queste visite incontra una ragazza sieropositiva come lui, originaria di Modena, la quale, a causa della sua patologia, ha deciso di trasferirsi in Versilia per ricominciare.

È una storia avvincente, cruda, schietta e curiosa che trascina nell'intero assetto del racconto concedendo al lettore, in modo seducente e originale, il tema dell'Hiv/Aids che è trattato con silenzioso distacco e quotidiana ironia.

La struttura è elaborata e coinvolgente in tutto ciò che accade: indagini, sopralluoghi, ipotesi. L'ambientazione itinerante delle vicende criminose è insolita e rappresentata con abbondanza di particolari descrittivi.

UN PROTAGONISTA CHE CORRE VERSO LA META DELLA NORMALITÀ

Sembra che il primo scopo e merito di questo libro sia quello di dimostrare che si può vivere in modo normale e pieno la propria esistenza di persona sieropositiva, quindi muoversi liberamente, agire, compiere sforzi fisici, senza farsi ostacolare.

Luca Santini è una persona come tante, addirittura una sorta di Rambo, visto che ha militato nei servizi speciali; ha contratto l'Hiv, non si sa come, eppure lotta per rifarsi una vita.

Sandro Ori, per la sua professione, è alle prese giornalmente con le malattie e quindi è un buon giudice di quello che scrive, ma questo libro va ritenuto anche un valido contributo a non mollare mai e uno stimolo a sentirsi come tutti gli altri. La volontà di non considerarsi diversi è molto più efficace di tante medicine, quali gli antidepressivi, di cui si fa uso per dimenticare uno stato d'inferiorità, se non auto-negazione.

L'aspetto ancor più straordinario dell'autore è che ne parla come se fosse lui un paziente. È questa la cosa meravigliosa. È molto difficile che accada. Per lui è fondamentale il rapporto medico-paziente.

Quanto al poliziesco la trama è molto fitta di eventi e personaggi e l'autore sa condurre bene il suo gioco, mettendo in giusto rilievo la soluzione finale fuori dai canoni, quasi in controtendenza rispetto all'equazione buoni vs cattivi, tipica di questo genere letterario.

L'AUTORE

Sandro Ori vive la prima adolescenza a Pescingana, nei pressi di Bimstre (una frazione del Comune di San Marcello Pistoiese in provincia di Pistoia), in una vecchia casa colonica. Abbandonati gli studi da ragioniere, si dedica sin da giovanissimo alla professione d'infermiere.

Nel 1998 lascia Pescingana per trasferirsi a San Marcello, sede del piccolo presidio ospedaliero in cui svolge il proprio lavoro presso la sala operatoria. Nel 2006 prende un incarico al pronto soccorso, dove è apprezzato e stimato dal personale oltre che da residenti e assistiti.

IL ROMANZO

Luca abita e lavora a Viareggio, dove ha fatto ritorno dopo alcuni anni di assenza. Separatosi dalla moglie, aveva chiesto ed ottenuto il trasferimento a Roma (all'epoca era poliziotto), poi la scoperta, quasi per caso, della sua patologia.

Di qui la decisione di congedarsi e ritornare in Versilia, dove, insieme alla ex moglie, abita anche la sua bambina di sei anni, motivo principale della scelta.



LIBRO VIOLA

È l'altra opera di Sandro Ori, (2015, Overture edizioni - pagine 212 - euro 10,20), il cui titolo nasce dalla colorazione che fu data nei primi anni novanta ad un alone che circondava le persone sieropositive protagoniste di un famoso spot pubblicitario dalla discutibile riuscita sociale.

Si sviluppa su tre diversi livelli: da una parte, una trattazione "scientifica", che dà informazioni corrette e documentate, in particolare su sette argomenti specifici, dalla discriminazione agli operatori che si occupano quotidianamente del virus, dalla solitudine alla maternità al continente nero, dove l'Hiv provoca un numero impressionante di vittime nell'indifferenza di tutte le istituzioni, civili a religiose; poi l'indagine di Ori prosegue con un racconto, di diverse ambientazioni, che si ricollega in maniera significativa con l'argomento di ciascun capitolo; e per finire, un'intervista a vari personaggi, di sport, politica e spettacolo, che raccontano sé stessi e parlano di Hiv e delle loro conoscenze e percezioni su questo virus.

C'è un filo conduttore per capire come e perché si deve parlare di Hiv e questo è il viaggio umanistico dello scrittore e dell'operatore sanitario Sandro Ori.

Vincere la paura

La discriminazione è illustrata attraverso gli occhi di chi appare diverso alla società moderna. Riguardo al test, sia per l'Hiv che per le altre MST, la sua fondamentale utilità emerge nel raccontare la storia di un ragazzo che scopre che potrebbe essere stato contagiato da qualche Malattia a Trasmissione Sessuale

a causa di un suo comportamento a rischio tenuto in passato. Il messaggio è vincere la paura, così da evitare di mettere in pericolo la salute personale e degli altri. Analizzando la dimensione dell'ospedale, Ori torna sulle tracce del protagonista de "La luna negli occhi": Luca Santini vi si trova a causa di una serie di malanni che sembrano inspiegabili. La sua vita sta per cambiare... ed è qui che affiora ancora una volta, schietto e preponderante, il rapporto medico-paziente, attraverso lo sguardo degli operatori che lavorano nel campo.

Non manca il tema della solitudine che va a colpire chi è emarginato per i motivi più vari e assurdi, trasformando la vita un incubo. L'autore fa un salto nel 1986, gli anni bui, quando l'Hiv era una condanna a morte certa e uno stigma devastante.

La maternità è un'altra incisiva pennellata dell'affresco: una donna incinta rimane coinvolta in un incidente stradale e farà una terribile scoperta... Ebbene, il messaggio è che oggi giorno concepire un figlio per chi è sieropositivo, non è più un miraggio; oggi si può contare sul progresso medico.

Non può mancare la scuola, ambiente in cui gli studenti mostrano conoscenze e lacune sul tema delle Malattie Sessualmente Trasmesse e idee in materia fra i due sessi. Hiv, discriminazione, paura e ignoranza vengono affrontate in una scottante vicenda dal titolo "Inganni": la scomparsa di uno studente porta in galera un suo professore, arrestato sulla base della sua omosessualità.

Infine, l'autore ha particolarmente a cuore i Paesi in via di sviluppo. Ne "Il continente

nero", oltre a raccontare l'Africa e la guerra quotidiana che deve combattere la popolazione per sopravvivere nel tentativo di migliorare la propria situazione, Ori narra un'infanzia difficile, la rivincita sul destino, una laurea in medicina e una vita finalmente agiata, ma poi, un bel giorno avviene un incontro con una persona che cambierà la vita del protagonista...

Questo è il manifesto della complessità del vivere in un mondo dove il caos è sinonimo di ignoranza.

Sapere per combattere il pregiudizio

Sandro Ori, attraverso una lingua semplice e schietta, ricorda alcuni concetti che finiscono spesso per essere dimenticati, proprio a causa dell'ignoranza (ma anche per certe incoscienti scelte); riesce a far abbandonare i pregiudizi, rimarcando, ad esempio, come l'Hiv non sia una questione esclusiva degli omosessuali, ma riguardi ogni persona, di qualsiasi orientamento sessuale, e come possa essere tenuto sotto controllo medico senza mettere in pericolo la vita propria e degli altri.

L'autore non smette mai di evidenziare, in maniera diretta e decisa, come l'emarginazione, l'abbandono e la discriminazione non debbano essere tollerati e come tra i giovani sia diminuito il livello di preoccupazione sul virus Hiv.

Le sue conseguenze sono sotto gli occhi di tutti: non si presta più attenzione, non si ha la percezione di cosa sia, di cosa possa comportare per se stessi e per gli altri senza una corretta informazione e prevenzione.



L'IMPORTANZA DELL'ADERENZA: MAI DIMENTICARLA!

LA SCARSA ADERENZA È UNA PROBLEMATICHE COMUNE TRA LE PERSONE CON HIV E RIGUARDA IL 30-50% DELLE PERSONE IN TERAPIA AN-

TIRETROVIRALE. IN PARTICOLARE, OLTRE IL 10% DEI PAZIENTI DIMENTICA UNA O PIÙ DOSI GIORNALIERE DEI FARMACI PRESCRITTI.

ADERENZA E TERAPIA DI COMBINAZIONE

Da sempre sottolineiamo che non assumere i farmaci secondo le modalità prescritte dal medico può comportare una serie di rischi, come il fallimento virologico, l'insuccesso clinico e immunologico, l'insorgenza di resistenze (causa la riduzione delle future opzioni terapeutiche).

Ricordiamo che, **per assicurare il successo virologico è necessario un livello di aderenza alla terapia cART che sia maggiore del 95%**. La scarsa aderenza rappresenta, ancora oggi, ancora una delle più frequenti cause di fallimento. I fattori associati sono vari e sono correlati:

- **Al paziente:** l'età, l'etnia, il livello culturale e socio-economico, l'abuso di sostanze, le problematiche cognitive e quelle psichiatriche, la complessità della terapia 'complessiva' assunta.
- **Al sistema sanitario:** l'accessibilità alle cure e il tempo impiegato nel rapportarsi con il sistema sanitario, i costi diretti.
- **Alla terapia antiretrovirale in sé:** il numero di dosi, di compresse, la frequenza giornaliera di assunzione, i requisiti dietetici, la tollerabilità.

Per tali motivi, nella scelta del regime cART, soprattutto nel caso di pazienti a rischio di non aderenza (ossia con fattori correlati a possibile "non aderenza") è importante scegliere un regime che sia basato su farmaci ad elevata barriera genetica e che abbiano una farmacocinetica tale da consentire anche una buona *forgiveness* (ossia una sorta di "bonus consentito" al paziente nel dimenticare l'assunzione dei farmaci).

INIBITORI DELLE PROTEASI (IP)

A questo scopo, sono numerosi i lavori di letteratura che mostrano che gli IP sono una classe di farmaci che hanno le caratteristiche ideali

per sopperire a questa esigenza. Inoltre, anche le più recenti *Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1* (Disponibili al link http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2442_allegato.pdf) indicano come la classe sia quella d'elezione in questo ambito.

REGIMI TROPPO COMPLESSI?

È stato dimostrato come la frequenza giornaliera di somministrazione dei farmaci sia il fattore più rilevante.

Infatti, i regimi contenenti medicinali assunti una volta al giorno (once daily, QD) sono stati associati ad una maggiore probabilità di aderenza ottimale rispetto a quelli assunti due o più volte al giorno.

Inoltre, la riduzione del numero di compresse giornaliere (*pill burden*) è, in alcuni studi, un fattore associato all'aderenza ottimale. In anni recenti, proprio la disponi-

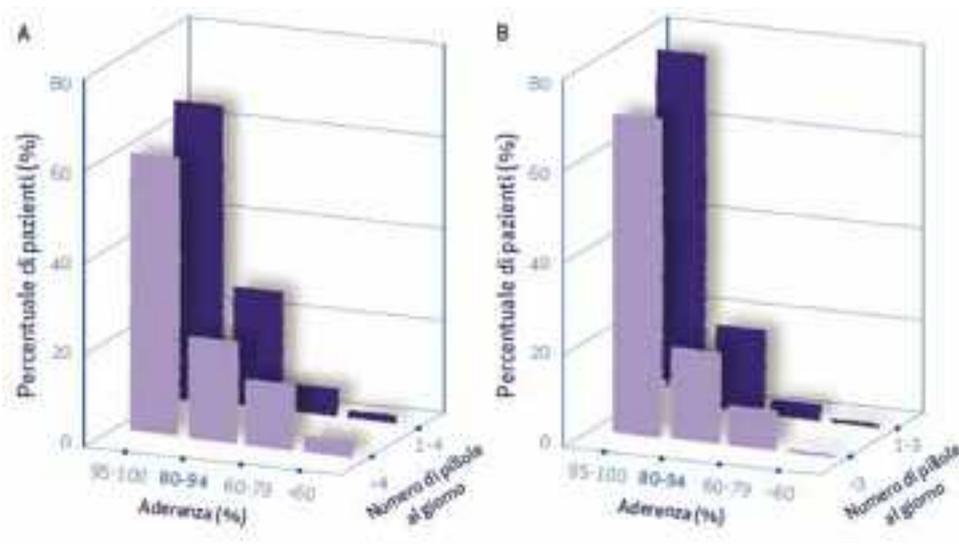
bilità di molecole caratterizzate da proprietà farmacocinetiche più convenienti e la co-formulazione di più composti antiretrovirali nella stessa pillola (*fixed-dose combination*, FDC) hanno permesso di ridurre notevolmente il *pill burden*.

UNA COMPRESSA O UNA VOLTA AL GIORNO?

Sono attualmente disponibili vari regimi basati su non nucleosidici (*NNRTI-based*) e inibitori dell'integrasi (*INI-based*), che permettono di associare in un'unica pillola il regime antiretrovirale completo (*regimi single tablet regimens*, STR).

Sebbene questa opzione sia spesso preferita dai pazienti, **non è ancora del tutto dimostrato il loro reale beneficio aggiuntivo in termini di miglioramento dell'aderenza rispetto a regimi QD a ridotto numero di compresse**; alcuni studi, infatti, hanno suggerito una maggiore aderenza con regimi STR mentre altri non hanno dimostrato differenze significative.

Figura - Percentuale di pazienti, ad ogni livello di aderenza, basata sul numero di pillole giornaliere all'inizio (a) e alla fine (b) dello studio pubblicato da Hernández Arroyo M.J. et al.; *J Clin Pharm Ther.* 2016; 41 (1):34-39.



AZIONI PER MIGLIORARE L'ADERENZA (Linee Guida)

FATTORE/SITUAZIONE	AZIONE D'INTERVENTO
La presenza di barriere per una corretta assunzione della cART riguardanti il regime terapeutico, le caratteristiche del paziente e le variabili legate all'ambiente di cura.	Indagare: complessità del regime, presenza di sintomi o effetti collaterali, attrito tra schema posologico e stile di vita, presenza di psicopatologia (depressione, ansia o rabbia), abuso di alcol/sostanze stupefacenti, utilizzo di farmaci concomitanti, priorità competitive (incertezza alimentare), difficoltà nell'accesso alla struttura di cura, stigma, timore di perdere la privacy.
Una maggiore complessità posologica del regime antiretrovirale.	Prediligere l'uso di: <ul style="list-style-type: none"> • Single Tablet Regimen (STR); • Co-formulazioni farmacologiche (Fixed Dose combinations (FDC)); • Regimi QD; • Minor numero di pillole.
Lo <i>switch</i> verso una cART composta dai medesimi principi attivi, ma con un aumento del numero di farmaci/pillole (abbandono di co-formulazioni).	Prima di effettuare il cambio bisogna: <ul style="list-style-type: none"> • Verificare eventuali periodi di ridotta aderenza e le relative motivazioni; • Indagare la comparsa di effetti collaterali; • Intensificare il monitoraggio dell'aderenza; • Ribadire l'importanza dell'aderenza per il mantenimento del successo terapeutico.
Alcune condizioni virologiche e specifiche fasi della cART con rischio aumentato di fallimento virologico.	Intensificare il monitoraggio dell'aderenza: <ul style="list-style-type: none"> • Nei pazienti con <i>blip</i> virali; • Nella fase d'induzione della risposta virologica; • Nei primi 12-24 mesi di soppressione virologica.
Presenza di fattori di rischio per interruzioni di terapia non concordate o auto-sospensione parziale del regime.	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificare il monitoraggio dell'aderenza evitando atteggiamenti giudicanti; • Considerare, solo dopo solida riprova di buona aderenza e raggiungimento della soppressione virologica, la modifica della cART (se applicabile).
Persone con condizioni di maggiore vulnerabilità.	<ul style="list-style-type: none"> • Porre più attenzione alla rilevazione dell'aderenza in: donne, adolescenti e giovani adulti, immigrati, in chi abusa di alcol e/o sostanze stupefacenti, pazienti con comorbidità (sindrome depressiva; coinfezione HBV/HCV). • Contemplare interventi di sostegno specifici.
Presenza di eventi avversi potenzialmente riferibili alla terapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Indagare a ogni visita • Verificare l'eventuale associazione con la terapia in atto; • Modificare, laddove necessario, la terapia anche in modo preventivo.

Tra le cause di sospensione/modifica della terapia cART, è stato invece dimostrato che i fattori principali sono:

- Lo sviluppo di tossicità o l'intolleranza ai farmaci prescritti;
- La barriera genetica e la *forgiveness* (tra le classi a confronto).

FAVORIRE L'ADERENZA

La scelta del regime antiretrovirale ottimale deve tenere in considerazione i diversi fattori che favoriscono l'aderenza del paziente alla terapia. La semplificazione dei regimi in termini di riduzione del numero di somministrazioni giornaliere e del numero di compresse, con l'utilizzo di farmaci caratterizzati da alta barriera genetica, maggiore tollerabilità, ridotto potenziale di interazioni, rappresenta una valida strategia per migliorare l'aderenza dei pazienti e limitare lo sviluppo di resistenze.

Riferimenti bibliografici

1. Adefolalu, Nkosi; Diseases 2013; 1(1): 18-35.
2. Hernández Arroyo M.J. et al.; J Clin Pharm Ther. 2016; 41 (1): 34-39.
3. Cooper V, Horne R, Gellaity G, et al. The impact of once-nightly versus twice-daily dosing and baseline beliefs about HAART on adherence to efavirenz-based HAART over 48 weeks: the NOCTE study. J Acquir Immune Defic Syndr 2010; 53:369-377.
4. Parienti JJ, Bangsberg DR, Verdon R, et al. Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: a meta-analysis. Clin Infect Dis 2009; 48:484-488.
5. Sterrantino G, Santoro L, Bartolozzi D, et al. Self-reported adherence supports patient preference for the single tablet regimen (STR) in the current cART era. Patient Prefer Adherence 2012; 6:427-433.
6. Bangsberg DR, Ragland K, Monk A, et al. A single tablet regimen is associated with higher adherence and viral suppression than multiple tablet regimens in HIV+ homeless and marginally housed people. AIDS 2010; 24:2835-2840.
7. Hanna DB, Hessel NA, Golub ET, et al. Increase in single-tablet regimen use and associated improvements in adherence-related outcomes in HIV-infected women. J Acquir Immune Defic Syndr 2014; 65:587-596.
8. Cohen CJ, Meyers JL, Davis KL. Association between daily antiretroviral pill burden and treatment adherence, hospitalization risk, and other healthcare utilization and costs in a US medicaid population with HIV. BMJ Open 2013; 3.
9. Buscher A, Hartman C, Kallen MA, et al. Impact of antiretroviral dosing frequency and pill burden on adherence among newly diagnosed, antiretroviral-naive HIV patients. Int J STD AIDS 2012; 23:351-355.
10. Engsig FN, Gerstoft J, Helleberg M, et al. Effectiveness of antiretroviral therapy in individuals who for economic reasons were switched from a once-daily single-tablet regimen to a triple-tablet regimen. J Acquir Immune Defic Syndr 2014; 66:407-413.
11. Hernandez Arroyo MJ, Cabrera Figueroa SE, Sepulveda Correa R, et al. Influence of the number of daily pills and doses on adherence to antiretroviral treatment: a 7-year study. J Clin Pharm Ther 2016; 41:34-39.
12. Di Biagio A, Cozzi-Lepri A, Prinapori R, et al. Discontinuation of Initial Antiretroviral Therapy in Clinical Practice: Moving Toward Individualized Therapy. J Acquir Immune Defic Syndr 2016; 71:263-271.
13. Shuter, Forgiveness of non-adherence to HIV-1 antiretroviral therapy, Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2008) 61, 769-773.

EUROPA: L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ

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

DAL MEETING DELL'ONU SU HIV E AIDS

Come si può pensare di mettere fine all'AIDS entro il 2030 senza coinvolgere i gruppi che più ne sono colpiti? C'è stata delusione e sconcerto da parte degli attivisti al Meeting di alto livello delle Nazioni Unite tenutosi a New York dall'8 al 10 giugno a cui hanno partecipato anche rappresentanti dello European AIDS Treatment Group.

Il meeting era programmato per rinnovare l'impegno della comunità internazionale a fare tutto quello che è necessario perché, a partire dal 2030, l'AIDS non rappresenti più un problema sanitario a livello mondiale. E il documento iniziale sembrava promettere bene. Tuttavia, già dalle prime azioni si è capito che arrivare a qualcosa di soddisfacente sarebbe stato difficile: le negoziazio-

ni sono iniziate con l'esclusione – voluta da alcuni governi – delle organizzazioni gay, trans, di quelle delle persone che usano droghe e delle lavoratrici e dei lavoratori del sesso. In una lettera inviata dal rappresentante egiziano per conto della Organizzazione della cooperazione islamica che riunisce 51 stati musulmani si esprimeva opposizione alla partecipazione delle organizzazioni LGBT (lesbiche, gay, bisessuali e transessuali) e di altre popolazioni chiave senza peraltro dare motivazioni. Secondo alcuni report, anche la Russia ha aderito a questo appello.

Così la discussione si è svolta in buona parte senza la rappresentanza delle persone più colpite dall'infezione, con uno spirito esattamente opposto a quello del principio "nothing about us without us" (*niente che ci riguarda senza di noi*) che gli attivisti rivendicano da anni. Come risultato di tutto ciò, il documento finale nomina questi gruppi più esposti solo marginalmente, in particolare nel capitolo dedicato a quello che è stato ottenuto e a cosa invece non è stato ancora realizzato nel periodo 2011-2016.

Qui si «nota con preoccupazione» che «molti programmi nazionali di prevenzione, test e trattamento per l'HIV garantiscono un accesso insufficiente ai servizi per le donne e le ragazze adolescenti, i migranti, e le popolazioni chiave che le evidenze epidemiologiche mostrano essere a maggior rischio di acquisire l'HIV».



Anche sul fronte dei programmi di riduzione del danno per le persone che usano droghe la posizione è la stessa: si riconosce che alcuni paesi hanno fatto progressi significativi per espandere questo tipo di interventi ma si richiama l'attenzione sul fatto che la copertura raggiunta è ancora insufficiente.

Volendo vedere il bicchiere mezzo pieno, almeno il documento ammette che i programmi basati sulla riduzione del danno sono una strategia importante per contenere l'infezione. E, comunque, altri passi avanti sono stati fatti nel testo: è aumentata l'attenzione ai bambini, agli adolescenti e ai giovani, oltre che ai determinanti sociali ed economici dell'HIV.

Un altro capitolo della dichiarazione è quello relativo al finanziamento degli sforzi necessari per raggiungere gli obiettivi. Si ridefiniscono gli obiettivi di finanziamento del Fondo globale per l'AIDS, la tubercolosi e la malaria e si riconosce la necessità di ricorrere alle flessibilità sulle modalità di protezione dei diritti intellettuali contenute negli accordi denominati TRIPS (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*).

Tuttavia, secondo alcune organizzazioni non è chiaro come si potrà monitorare che i finanziamenti arrivino realmente né se il richiamo alle flessibilità dei TRIPS potrà agevolare davvero un loro più ampio impiego.



«La salute è un diritto umano, e i diritti umani sono fondamentali e inalienabili – ha commentato **Bryan Teixeira**, presidente del Policy working group dell'EATG che ha partecipato ai lavori – Il raggiungimento della salute per tutti deve avere la precedenza sul profitto e sui diritti intellettuali, non deve essere ostacolato per rispettare le necessità commerciali; allo stesso modo, il diritto alla salute ha la precedenza sulle convinzioni culturali e quindi non si può negare l'accesso ai servizi ad alcuni gruppi perché hanno dei comportamenti che sono considerati riprovevoli o fuori legge. Se non si riconoscono queste priorità, difficilmente gli ambiziosi obiettivi posti per il 2030 potranno essere raggiunti».

PRIMO INCONTRO CON LE INDUSTRIE DEI DIAGNOSTICI A BOLOGNA

Lo European Community Advisory Board – o ECAB, il gruppo di lavoro scientifico dell'EATG – ha organizzato per la prima volta nella sua storia un meeting con le industrie di strumenti utilizzabili al di fuori dell'ambiente ospedaliero per la diagnosi dell'infezione da HIV e di altre infezioni sessualmente trasmesse. Il meeting si è tenuto a Bologna – anche per celebrare un anno dall'apertura del primo centro italiano per il test HIV gestito dalla community, il BLQ Checkpoint aperto da Plus – dal 17 al 19 giugno. Come è di consuetudine nel modello di lavoro dell'ECAB, molti degli argomenti discussi sono coperti da un accordo di confidenzialità: questo permette alle industrie di condividere alcune informazioni commercialmente sensibili con la community e riceverne feedback senza temere che esse vengano diffuse.

Tuttavia dalla discussione sono emersi alcuni elementi interessanti. La necessità di allargare le opportunità di offerta del test HIV è ormai riconosciuta e supportata dalle evidenze scientifiche: nei Paesi occidentali sono in funzione ormai da anni centri gestiti dalle associazioni che consentono di effettuare test rapidi al di fuori dell'ambiente ospedaliero (come appunto nel caso del BLQ Checkpoint) e in alcuni Paesi cominciano a essere disponibili kit per effettuare il test HIV per conto proprio, il cosiddetto *self-testing*. Ma spostandosi a Est, la situazione peggiora sensibilmente: in Europa centrale, dove la prevalenza dell'infezione da HIV è – ancora? – bassa, le organizzazioni lo-

cali sono piccole e non hanno le energie per sostenere attività di questo tipo senza il supporto delle istituzioni, che dal canto loro non considerano invece l'HIV una priorità.

Nel blocco ex-sovietico, dove l'epidemia da HIV e HCV sta esplodendo con tassi di crescita molto preoccupanti e scarsa copertura con il trattamento, le iniziative di offerta del test HIV devono scontrarsi con un clima di stigma molto pesante. In alcuni di questi Paesi, come ad esempio l'Uzbekistan, le organizzazioni che cercano di offrire il test HIV ai maschi che fanno sesso con maschi devono fare i conti con le leggi che puniscono i comportamenti omosessuali con il carcere. In Ucraina, invece, i test rapidi a cui la community è riuscita ad avere accesso non hanno ricevuto le garanzie di affidabilità fornite dalla certificazione della FDA o della Organizzazione mondiale della sanità.

In realtà, l'affidabilità delle tecniche diagnostiche rapide che hanno ricevuto la certificazione è ormai paragonabile a quelle di laboratorio. Per l'infezione da HIV esistono test rapidi di quarta generazione sensibili, oltre che agli anticorpi anti-HIV, anche la presenza dell'antigene p24, che può cominciare ad essere rilevabile già 14-20 giorni dopo l'infezione (in questo caso il periodo finestra può essere quindi ridotto a 3 settimane). E sono disponibili anche strumenti di diagnosi molecolare "point of care" (cioè al di fuori del laboratorio di analisi) per la rilevazione dell'HIV RNA stesso che permettono quindi di avere una diagnosi affidabile dopo 7-10 giorni dall'infezione: purtroppo si tratta di strumenti dai costi piuttosto elevati che non sono quindi facilmente affrontabili dalle associazioni che gestiscono questi centri.

Ma alcuni delle sfide più difficili si hanno nel campo delle altre infezioni sessualmente trasmissibili. Per la sifilide, ad esempio, è disponibile solo il test anticorpale che quindi risulta positivo anche in caso di precedente esposizione. Anche per l'epatite C è indispensabile distinguere tra positività agli anticorpi (che ci può essere anche in chi guarisce spontaneamente dall'infezione) e presenza di un'infezione attiva. Ancora più complicata la diagnosi per l'epatite B. Inoltre in ambito associativo si sono rivelati molto utili i test combinati che, ad esempio, consentono di diagnosticare contemporaneamente HIV e sifilide. Tutti questi casi sono stati discussi con le industrie che hanno partecipato al meeting e nei prossimi mesi si proseguirà in una collaborazione con l'obiettivo di individuare strategie per rendere più accessibili alle organizzazio-

ni non governative le tecniche diagnostiche rapide più all'avanguardia e di stimolare la ricerca per rispondere ai bisogni sempre più articolati dei centri di diagnosi gestiti dalla community (tra cui anche la possibilità di offrire test per il monitoraggio della funzionalità renale a chi assumerà la PrEP).

NUOVO SITO WEB PER L'EATG

Da giugno è attivo il nuovo sito internet dello European AIDS Treatment Group. Il portale, completamente rinnovato nella forma e nei contenuti e raggiungibile alla URL www.eatg.org, consente ora l'accesso a tutte le informazioni sulle attività dell'associazione europea di attivisti del trattamento e presenta anche un'ampia sezione di news relative all'HIV/AIDS e alle infezioni e patologie correlate provenienti da tutto il continente e dal resto del mondo.



Nella sezione "Projects" si possono trovare informazioni sui tre principali gruppi di lavoro dell'EATG, quello scientifico, quello focalizzato sulle policy e quello per la formazione degli attivisti. Accanto a questi tre "pilastri", alcuni dei settori specifici di intervento dell'organizzazione, come il trattamento dell'epatite C, della tubercolosi, la prevenzione, l'accesso eccetera. La sezione "Resources" presenta invece tutti i materiali di interesse per i media, i blog degli attivisti, le offerte di lavoro presso l'organizzazione e, soprattutto, l'ampia area news.

È anche possibile iscriversi alla newsletter (scegliendo la cadenza quotidiana, settimanale o mensile) per ricevere tutte le notizie presso la propria casella di posta elettronica. L'iscrizione dovrà essere fatta nuovamente anche da coloro che erano già iscritti nella precedente versione del sito web.

Ancora in continuo sviluppo, il sito è disponibile in lingua inglese.

TERAPIA: OTTIMIZZAZIONE CON ATAZANAVIR/R + LAMIVUDINA

LA RIDUZIONE DELLE TOSSICITÀ A LUNGO TERMINE ASSOCIATE AGLI INIBITORI NUCLEOSI(TI) DICHI DELLA TRASCRIPTASI INVERSA È UN

OBIETTIVO FONDAMENTALE DELLE STRATEGIE TERAPEUTICHE CHE DEBONO ESSERE EFFICACI E SEMPLICI DA ASSUMERE.

Le terapie antiretrovirali di combinazione attualmente disponibili risultano notevolmente migliorate grazie a molecole sempre più efficaci e tollerabili. Tuttavia, ad oggi, la terapia antiretrovirale non è ancora completamente scevra di tossicità a medio e lungo termine di cui è necessario tenere conto nel momento in cui si sceglie un regime terapeutico. Infatti, una corretta valutazione clinica della persona con HIV oggi richiede una serie di considerazioni obbligate, legate alla gestione del rischio delle comorbidità, all'invecchiamento della popolazione HIV, nonché al mantenimento/miglioramento della qualità di vita.

Inoltre, il complesso fenomeno dell'*HIV-related fatigue*, ossia della "fatica" che spesso le persone con HIV risentono, ha molteplici cause e/o determinanti non del tutto chiari, tuttavia è noto che "gli anni in terapia" sono un aspetto non trascurabile della questione. Supportare l'aderenza del paziente è fattore chiave per evitare un possibile fallimento terapeutico correlato alle dosi omesse.

La riduzione del numero di farmaci del regime terapeutico di mantenimento, noto anche come LDR (Less Drugs Regimen), si rifà al concetto di induzione-mantenimento e ha essenzialmente lo scopo, una volta ottenuta la negativizzazione della carica virale plasmatica e l'immuno-ricostituzione, di rispondere alle esigenze sopra descritte, individuando regimi terapeutici di pari efficacia, ma minore tossicità della triplice terapia. Questa strategia rientra tra le varie possibili nel campo dell'ottimizzazione, ed è nota anche con i nomi di "semplificazione terapeutica" o "de-intensificazione".

plificazione ad ATV/r + 3TC rispetto al mantenimento di un regime standard con ATV/r + 2 inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa (NRTIs). Lo studio è stato condotto su pazienti HIV positivi in trattamento antiretrovirale con ATV/r + 2 NRTI da almeno tre mesi, con stabile soppressione virologica (HIV-RNA < 50 cp/mL) e buon compenso immunologico (CD4 > 200 cellule/mm³), in assenza di precedenti fallimenti virologici a regimi contenenti inibitori della proteasi e/o 3TC. Al basale, i pazienti sono stati randomizzati a semplificare ad ATV/r 300/100 mg QD + 3TC 300 mg QD (braccio 1) oppure a proseguire con i tre farmaci in atto (braccio 2).

Studi clinici con atazanavir/r (ATV/r) + lamivudina (3TC)

Lo Studio ATLAS

È condotto in numerosi centri su tutto il territorio italiano, di fase IV, randomizzato e in aperto. L'obiettivo dello studio era valutare la non inferiorità a 48 settimane della sem-

Sono stati arruolati 178 pazienti (90 nel braccio 1 e 88 nel braccio 2). Le caratteristiche demografiche e viro-immunologiche al basale (Tabella 1) non differivano nei due bracci. La proporzione di pazienti che hanno mantenuto la soppressione virologica a 48 settimane è mostrata in Figura 1. Il fallimento terapeutico è stato osservato in 3 (3%) pazienti nel braccio 1 e in 9 (8%) pazienti nel braccio

LINEE GUIDA ITALIANE E IL REGIME ATAZANAVIR/R (ATV/R) + LAMIVUDINA (3TC)

Sintesi dei razionali, dei vantaggi e degli svantaggi

TIPO DI OTTIMIZZAZIONE	SCOPO	ALTRI POTENZIALI VANTAGGI	POTENZIALI SVANTAGGI	RACCOMANDAZIONE (FORZA/EVIDENZA)
Da 3 farmaci a ATV/r + 3TC	Riduzione/Prevenzione della tossicità da NRTI.	Efficacia virologica non-inferiore o superiore (in caso di switch da ATV/r + TDF/FTC) rispetto alla prosecuzione della triplice combinazione.	Possibile incremento tossicità da IP.	[A]*/[B] se tossicità in atto da NRTI diversi da 3TC/FTC, [B] per prevenzione tossicità. * = solo se proveniente da ATV/r, diversamente [B]

Riferimenti bibliografici

- Perez-Molina JA, Rubio R, Rivero A, Pasquau J, Suárez-Lozano I, Riera M, Estébanez M, Santos J, Sanz-Moreno J, Troya J, Mariño A, Antela A, Navarro J, Esteban H, Moreno S: GESIDA 7011 Study Group. Dual treatment with atazanavir-ritonavir plus lamivudine versus triple treatment with atazanavir-ritonavir plus two nucleos(t)ides in virologically stable patients with HIV-1 (SALT): 48 week results from a randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet Infect Dis*. 2015 Jul;15(7):775-84. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00097-3.
- Di Giambenedetto S, Fabbiani M, Colafigli M, Ciccarelli N, Farina S, Sidella L, D'Avino A, Mondì A, Cingolani A, Tamburrini E, Murri R, Navarra P, Cauda R, De Luca A. Safety and feasibility of treatment simplification to atazanavir/ritonavir + lamivudine in HIV-infected patients on stable treatment with two nucleos(t)ide reverse transcriptase inhibitors + atazanavir/ritonavir with virological suppression (Atazanavir and Lamivudine for treatment Simplification, AtLaS pilot study). *J Antimicrob Chemother*. 2013 Jun;68(6):1364-7.
- Di Giambenedetto S, Fabbiani M, Quiros Roldan E, Latini A, D'Ettorre G, Antinori A, Castagna A, Orofino G, Francisci D, Chinello P, Madeddu G, Grima P, Rusconi S, Del Pin B, Mondì A, Borghetti A, Castelli F, Colafigli M, De Luca A, Cauda R. Simplification to Atazanavir/ritonavir+Lamivudine versus maintaining atazanavir/ritonavir+2NRTIs in virologically suppressed HIV-infected patients: 48-weeks data of the ATLAS-M Trial. 15th European AIDS Conference, October 21-24, 2015, Barcelona, Spain. Abstract #BPD1/6.

Tabella 1. Caratteristiche della popolazione al basale (n=178)

	ATV/r + 3TC (braccio 1) n= 90	ATV/r + 2 NRTI (braccio 2) n= 88	P
Età, anni*	42 (35-48)	42 (34-47)	0.947
Sesso maschile	74 (82.2)	71 (80.7)	0.943
Uso droghe endovenose	3 (3.3)	7 (8.0)	0.209
Coinfezione HCV	8 (8.9)	10 (11.4)	0.765
Progressi eventi AIDS	12 (13.5)	10 (11.4)	0.864
Anni da diagnosi HIV*	3.6 (3.2-7.6)	4.4 (1.8-9.0)	0.261
Anni da inizio primo cART*	2.4 (1.5-4.1)	1.9 (1.4-4.7)	0.701
Linea terapeutica*	2 (1-3)	2 (1-2)	0.772
Mesi da inizio ultimo regime*	25.0 (14.7-39.2)	21.6 (14.3-41.8)	0.580
Backbone pre-basale contenente TDF	75 (83.3)	77 (87.5)	0.565
CD4 al nodo, cellule/mm ³ *	274 (125-370)	259 (154-352)	0.908
CD4 basali, cellule/mm ³ *	583 (450-709)	597 (471-727)	0.672

Note: valori espressi come n (%) ad eccezione di: *mediana (range interquartile, IQR)
 Abbreviazioni: ATV/r, atazanavir/ritonavir; 3TC, lamivudina; NRTI, inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa; HCV, virus dell'epatite C; cART, combination Antiretroviral Therapy; TDF, tenofovir

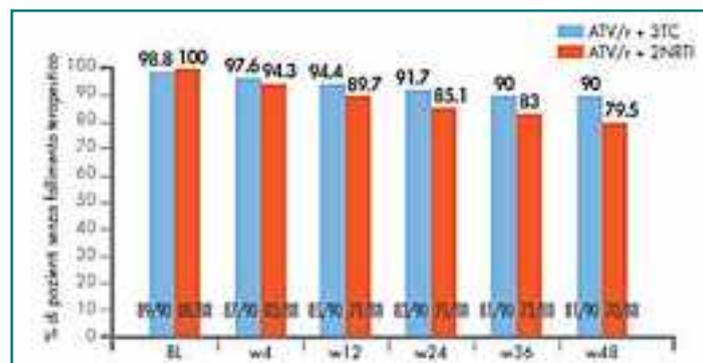
2 (braccio 1 versus 2: differenza +10.5%, 95% CI +0.03/+21). In particolare, il fallimento virologico si è osservato in 7 pazienti: 2 nel braccio 1 e 5 nel braccio 2. A 48 settimane, si è osservato un incremento dei linfociti CD4 in entrambi i gruppi di pazienti. Tale aumento è stato superiore, anche se non significativamente, nei pazienti che avevano semplificato a un regime a due farmaci ATV/r+3TC (+79 versus +24 cellule/mm³, p=0.088).

La funzionalità renale ha presentato un significativo miglioramento nei pazienti che hanno semplificato la terapia (cambiamento medio di GFR stimato mediante formula MDRD +1 versus -4 ml/min/1.73 m², p=0.014). Per quanto riguarda il profilo lipidico, si è osservato un aumento maggiore del colesterolo totale (+18 versus -6 mg/dl, p<0.001), HDL (+5 vs +0 mg/dl, p<0.001) e LDL (+11 versus -4 mg/dl, p=0.001) nel braccio di duplice terapia rispetto a quello di controllo, senza tuttavia alterazione dei trigliceridi né del rapporto colesterolo totale/HDL e HDL/LDL.

In conclusione, i dati preliminari dell'analisi a 48 settimane suggeriscono la **non inferiorità della semplificazione terapeutica ad ATV/r + 3TC rispetto alla triplice terapia**. I pazienti che erano stati randomizzati nel braccio 1, cioè alla semplificazione, hanno avuto un **miglior recupero immunologico** e una **riduzione della tossicità renale** rispetto ai pazienti che hanno mantenuto la triplice terapia standard.

Per quanto concerne il profilo lipidico, l'aumento del colesterolo totale e LDL è controbilanciato dall'aumento dell'HDL senza **nessuna alterazione dei rapporti colesterolo totale/HDL e HDL/LDL**, direttamente correlati al rischio cardiovascolare. Il quadro degli eventi avversi clinici o laboratoristici suggerisce, infine, una **buona tollerabilità e sicurezza** dello schema terapeutico ATV/r+3TC.

Figura 1. Fallimento terapeutico (Analisi ad interim ITT)



Lo Studio SALT

È uno studio condotto in Spagna. Come lo studio ATLAS, anche il SALT è randomizzato, in aperto, di fase IV a 96 settimane. L'obiettivo era valutare la non inferiorità del regime a due farmaci ATV/r + 3TC con ATV/r + 2 nucleosidi(t) dicitici (NRTIs) in 286 pazienti in trattamento stabile con regime a 3 farmaci, che necessitavano di cambiamento di terapia per tossicità, intolleranza o semplificazione. Di seguito le caratteristiche dei pazienti arruolati.

	ATV/r+3TC (n=143)	ATV/r+2NRTI (n=143)
Età media (IQR) in anni/percentuale donne	45.5 (38-52)/31%	45 (36-48)/22.4%
Ragioni dello switch: intolleranza/tossicità/semplificazione/altro	2.8%/22.7%/73.8%/0.7%	4.3%/14.2%/80.1%/1.4%
Nadir medio (IQR)/CD4 al basale (cell/μL)	204 (90-309)/579 (397-770)	222 (139-323)/617 (441-801)
Media (IQR) dei mesi con carica virale < 50 copie/mL	27.0 (16-49)	28.5 (15-58.5)
Terapie cambiate compreso NNRTI/IPr/TDF	31.5%/61.5%/81.1%	30.1%/64.3%/78.3%

Nell'analisi a 96 settimane si è **confermata l'ipotesi di studio, cioè la non inferiorità di ATV/r + 3TC rispetto alla triplice terapia standard**. Non si sono riscontrate differenze tra i due bracci in termini di fallimenti virologici e delle cellule CD4.

È stato, inoltre, condotto un sottostudio neurocognitivo che andava a confrontare le funzioni cognitive superiori (come ad esempio la memoria) dei pazienti a 48 settimane dalla semplificazione, mettendo a confronto i risultati con l'esame condotto al momento dell'arruolamento nello studio.

Da questo sottostudio è emerso che il passaggio ad un regime con ATV/r+3TC non determina alterazioni della **funzione cognitiva dei pazienti**.

Nota sul potenziatore farmacocinetico

Ritonavir è utilizzato nella terapia antiretrovirale come potenziatore (booster) dei farmaci appartenenti alla classe degli inibitori della proteasi (IP), come atazanavir. Attualmente, la Commissione Europea ha autorizzato l'utilizzo di cobicistat (COBI) come potenziatore di ATV e DRV in alternativa al ritonavir. L'associazione ATV/COBI è stata confrontata con l'associazione standard ATV/r, dimostrando la non inferiorità.



LA CONFERENZA, CON 1500 PARTECIPANTI CIRCA, SI CONFERMA PUNTO DI RIFERIMENTO DELLA RICERCA SCIENTIFICA ITALIANA SULL'HIV/AIDS, CON ANCHE NUMEROSI LAVORI SULLE

EPATITI VIRALI. DI SPESSORE I CONTRIBUTI AL DIBATTITO FORNITI DALLE ASSOCIAZIONI DI PAZIENTI E COMUNITÀ COLPITE DALLE INFEZIONI CON UN TOTALE DI 366 ABSTRACT.

ICAAR: COME SI TRASFORMA

Nadir è tra le associazioni fondatrici di questo importante evento. Il congresso, negli anni, è cambiato, come del resto ci si attendeva: da una prima edizione "artigianale", ad una ottava dove l'impressione è che "la macchina" sia davvero ben rodada. L'appuntamento annuale è punto di riferimento per la ricerca scientifica italiana, ma lo è diventato anche per quella della *community*.

A questo proposito, ricordiamo bene come i primi anni era difficile, in questo ambito, "giudicare scientificamente" i lavori delle associazioni. In questa edizione, invece, possiamo affermare senza indugio che "il metodo scientifico" necessario per la scrittura di un abstract è entrato a far parte del *know-how* di molte associazioni.

A parer nostro, invece, c'è stata una importante involuzione nell'integrazione delle due comunità, quella scientifica e

quella delle associazioni. L'impressione è che, a parte un'eccezione di un lavoro della *community* presentato in una sessione "tipicamente riservata ai medici", a parte una *lecture* in plenaria, i due mondi siano ora, in questo contesto, tendenzialmente disgiunti, con poca voglia di incontrarsi e, soprattutto, di ascoltarsi.

Pur nel rispetto delle prerogative dei vari attori, il contesto sanitario "emergenziale" del nostro paese richiederebbe che i progetti, siano essi di ricerca scientifica "tradizionale" o di ricerca "più di comunità", vengano concepiti, analizzati e presentati con più collaborazione.

Diversamente, il rischio che i due mondi viaggino su binari paralleli, senza mai incontrarsi, è reale.

Tale rischio creerebbe un'aberrazione culturale da evitare: la distanza sistemica tra curati e i curanti.

La crisi finanziaria che, negli ultimi anni, ha subito il mondo della ricerca sull'AIDS nel nostro paese sta diventando sempre più visibile.

Osservando i lavori presentati, se la ricerca di base, con impegno non trascurabile, resiste (anche se ridimensionata), la ricerca clinica, ancora ben presente, inizia gradualmente ad accusare la mancanza di risorse economiche "fresche e indipendenti". Non possiamo non notare il forte calo di studi clinici "metodologicamente coerenti", a favore di collazione di casistiche pluricentriche presentate in comunicazioni orali.

Questa è la conseguenza del "non poter progettare", per mancanza sia di fondi sia di un "sistema Italia" favorente la ricerca. Occorre, però, non perdere mai di vista i fondamenti metodologici, i consensi informati che i pazienti devono firmare quando "si sperimenta", quando si va oltre la pratica clinica che dovrebbe essere basata principalmente sulle linee guida di riferimento.

In questo contesto, senza nulla togliere a tutte le parti, scegliamo quest'anno di dare spazio ad alcuni lavori presentati dalle associazioni di pazienti in sede di comunicazione orale.

BLQ CHECKPOINT (Plus)

Vengono presentati da S. Mattioli (OC4) i dati dei primi 6 mesi di attività di questo importante progetto. Ricordiamo che è il primo centro gestito da un'associazione LGBT di pazienti che offre test per HIV e HCV al di fuori del contesto ospedaliero, facendo anche *peer-counseling*.

Il centro è aperto 2 giorni alla settimana, dalle 18 alle 21, è gestito dai volontari dell'associazione, in collaborazione con personale sanitario.



In 57 giorni di apertura al pubblico (171 ore) sono stati eseguiti 566 test per l'HIV e 357 test per l'HCV. Gli utenti sono stati 561, di cui 73.6% maschi, 26% femmine e 1 transgender. Il 38.3% aveva tra i 26 e i 35 anni, il 28.5% tra i 18 e i 25 anni, il 18.7% tra i 36 e i 45 anni, il 13.2% avevano più di 46 anni.

Da notare che gli MSM sono stati il 53.8%, mentre il 42.9% erano eterosessuali. Il 3.3% erano FSF (donne che fanno sesso con donne). Sono stati riscontrati 6 test reattivi all'HIV, tutti nella popolazione MSM, successivamente confermati come positivi. L'età media di questi 6 casi era di 27.8 anni.

TEST HIV SALIVARE (Associazione Solidarietà AIDS)

Dal Novembre 2012, l'associazione offre, in anonimato e gratuitamente, il test per HIV salivare una volta al mese, al fine di incoraggiare lo screening di massa. Nel momento dell'accoglienza, viene fatto compilare un questionario e viene fornito un consenso informato.

Prima dell'effettuazione del test, vi è un colloquio informale con un *counselor*. Il test è eseguito da un medico infettivologo: suo compito è anche quello di consegnare il referto. In caso di positività, è a disposizione uno psicologo.

G. Fracca (OC3) presenta i risultati dell'analisi dei questionari di ingresso nel periodo Luglio 2015-Marzo 2016. Rilevate le caratteristiche psico-socio-culturali del campione e le correlazioni con i comportamenti a rischio.

Gli utenti sono stati 539 (66,17% maschi, il 31,65% con età tra i 31 e i 40 anni), il 63,79% erano eterosessuali. Nel 57,38% dei casi, il test era già stato eseguito un'altra volta.

Vi è stato 1 test positivo. L'analisi ha mostrato che il preservativo è solitamente utilizzato nei rapporti occasionali e penetrativi. Nel momento in cui si utilizzano alcol e droghe, però, l'abitudine all'utilizzo viene meno e il numero dei partner aumenta.

TEST NEI LUOGHI DI AGGREGAZIONE (Arcigay)

Nell'inverno 2015/2016, **P. Guarino (O5)** riferisce l'esperienza dell'associazione con il test rapido *finger-prick* (pungersi il dito con un ago) su 1020 utenti (67.3% MSM,

7.5% MSW, 16.6% WSM/W, 3.6% WSW, 0.8% Transgender) svolto per la maggior parte nelle associazioni territoriali, ma anche in eventi gay e/o luoghi di ritrovo.

L'età media era di 34 anni, con una tendenza alla crescita nelle saune. Gli MSM, in generale, si sono rivelati una popolazione più testata delle altre e con periodicità definita (entro l'anno).

Tuttavia, il 43.4% dei giovanissimi MSM (< 25 anni) eseguiva il test per la prima volta. Riscontrato 1 solo caso di test reattivo.

FORMAZIONE PER I MIGRANTI (Fondazione Lila)

L. Cosmaro (O6) presenta un progetto educativo dedicato ai migranti con l'obiettivo di sensibilizzare sul diritto ad aver accesso ai servizi sanitari, con focus sul test HIV, nonché di educare sia sulla prevenzione e la trasmissione dell'HIV, sia sul fatto di poter convivere con il virus.

Si è utilizzato il metodo dei video-tutorial, con la collaborazione di mediatori culturali delle comunità di competenza: cinesi, egiziani, nigeriani, peruviani e russi.

Si sono redatti in appositi gruppi di lavoro i messaggi chiave per raggiungere gli obiettivi preposti, nel rispetto della diversità culturale di ogni popolazione.

Si è poi proceduto alla disseminazione tramite YouTube, con un buon riscontro di visualizzazioni tra le comunità.

TEST HIV/HCV TRA UTILIZZATORI DI DROGHE INIETTIVE (Villa Maraini)

E. Teti (OC8) presenta per conto dell'associazione un programma di screening su questa popolazione, al fine di proporre una strategia efficace di prevenzione, monitoraggio ed eventuale trattamento.

Da Luglio del 2015, in specifici ambulatori e in unità di strada si è proposto il test per HIV e HCV su base volontaria e dietro consenso informato.

Era anche attivo un programma di *counseling* e un questionario di valutazione del rischio.

I dati sono disponibili fino a febbraio del 2016. Sono state testate 220 persone (70% maschi, con età media 35.4 anni). Si è ri-



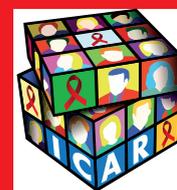
scontrata un'infezione a trasmissione sessuale in 21 persone. 167 persone per l'HIV e 127 per l'HCV avevano già eseguito il test in precedenza.

Il 72.8% ha dichiarato di non utilizzare il preservativo durante i rapporti occasionali. Si sono avuti due casi positivi di HIV e 25 di HCV. 13 persone sono state prese in carico dall'ospedale di riferimento e in 3 casi si è iniziata la terapia con i nuovi farmaci anti-HCV.

HIV DISCLOSURE (Arcobaleno AIDS)

A. Perziano (OC67) ha presentato i dati su 250 persone con HIV, rilevati tra giugno 2015 e febbraio 2016, che indagavano aspetti demografici, di *disclosure* ed emozionali attraverso un questionario anonimo somministrato agli utenti di un ospedale torinese (A. Savoia).

L'82% erano maschi, l'età media era di 46.4 anni e con un'infezione da HIV non recente (21 anni di media). Il 63% dei rispondenti ha parlato dell'infezione subito dopo la diagnosi. La maggioranza con il partner (20%). Comprensione e supporto sono stati i sentimenti



dominanti, ma anche confusione, preoccupazione e shock. Il 35% dei casi ha riportato discriminazione.

CHEMSEX: CONOSCENZE E COMPORTAMENTI TRA MSM (Plus)

G.M. Corbelli (OC69) ha presentato i primi dati su questa pratica sessuale in Italia. 312 persone hanno compilato il questionario: è stato possibile effettuare la valutazione su 282 maschi (90.4% omosessuali, 4.2% bisessuali e 3.5% eterosessuali). Il 54.2% era HIV negativo, il 37.6% HIV positivo. Il 73% aveva buona conoscenza di cosa fosse il ChemSex.

Circa il 25% ha dichiarato di utilizzare almeno una droga tra metamfetamina, mefedrone, GHB/GLB durante la pratica. Il ChemSex è praticato sia nei luoghi dove si vive (50.8%) sia in altri luoghi, tra cui all'estero (Berlino e Londra in particolare).

CONOSCENZE E COMPORTAMENTI DEI "NUOVI" HIV+ (Nadir)

S. Marcotullio (OC72) presenta un *web-survey* svolto dall'associazione tra dicembre e febbraio 2016 su 117 persone con HIV (105 M, 12 F) recentemente infettate e non ancora in terapia. Età media 40.7 anni, con buona/alta cultura e per il 64% MSM. Nel 54% dei rispondenti, la conoscenza delle nozioni di base della terapia e del suo ruolo

(curativo e preventivo) era buona, tuttavia il 30% ha dichiarato di credere all'esistenza di un composto "curativo" in qualche parte segreta del mondo.

Pur essendo buono il rapporto con il proprio medico infettivologo (90%), il 59% ha espresso disagio nel recarsi al centro clinico per i controlli. Il 38% ha informato il medico di medicina generale della propria infezione.

La *disclosure* è avvenuta prevalentemente con il proprio partner, se presente (98% di chi la fa), ma anche con amici (67%) e parenti (56%). Situazione opposta sul luogo di lavoro (20%).

CONOSCENZA DI TASP E PEP (Lila Nazionale)

G. Prati (OC26) ha presentato per conto di LILA un survey su 1028 persone ad alto rischio (eterosessuali uomini e donne), 1874 MSM non HIV positivi e 694 persone con HIV, sulle tematiche di PEP e TASP come strategie di prevenzione.

La consapevolezza dell'esistenza della PEP è stata ri-

scontrata nell'88% delle persone con HIV, mentre la maggior parte degli HIV negativi (MSM e eterosessuali) non ne era a conoscenza.

Tra gli eterosessuali ad alto rischio di acquisizione, HIV-negativi, i maschi erano più a conoscenza della TASP, mentre gli MSM non HIV positivi la conoscevano di più in rapporto al livello di istruzione.



Direttore Responsabile

Filippo von Schlösser

Redazione

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

Comitato Scientifico

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

Supervisione testi e grafica

David Osorio

Grafica e impaginazione

Simona Reniè

Stampa

Tipografia Messere Giordana - Roma

Editore

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

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

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

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

Sito web di Nadir - www.nadironlus.org

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

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