

UNA PAGINA OSCURA

Nelle relazioni al Parlamento 2015 e 2016 (quest'ultima il 2/8/17), la Ministro Lorenzin ha riferito le "misure di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da HIV" sostenendo che il monitoraggio dell'andamento delle nuove infezioni da HIV, deve "fornire gli strumenti necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria."

Per prevenzione secondaria si intende anche quella farmacologica (PrEP) che in molti paesi europei ed extra-europei, tra cui il Marocco, è pianificata, ammessa e prescrivibile.

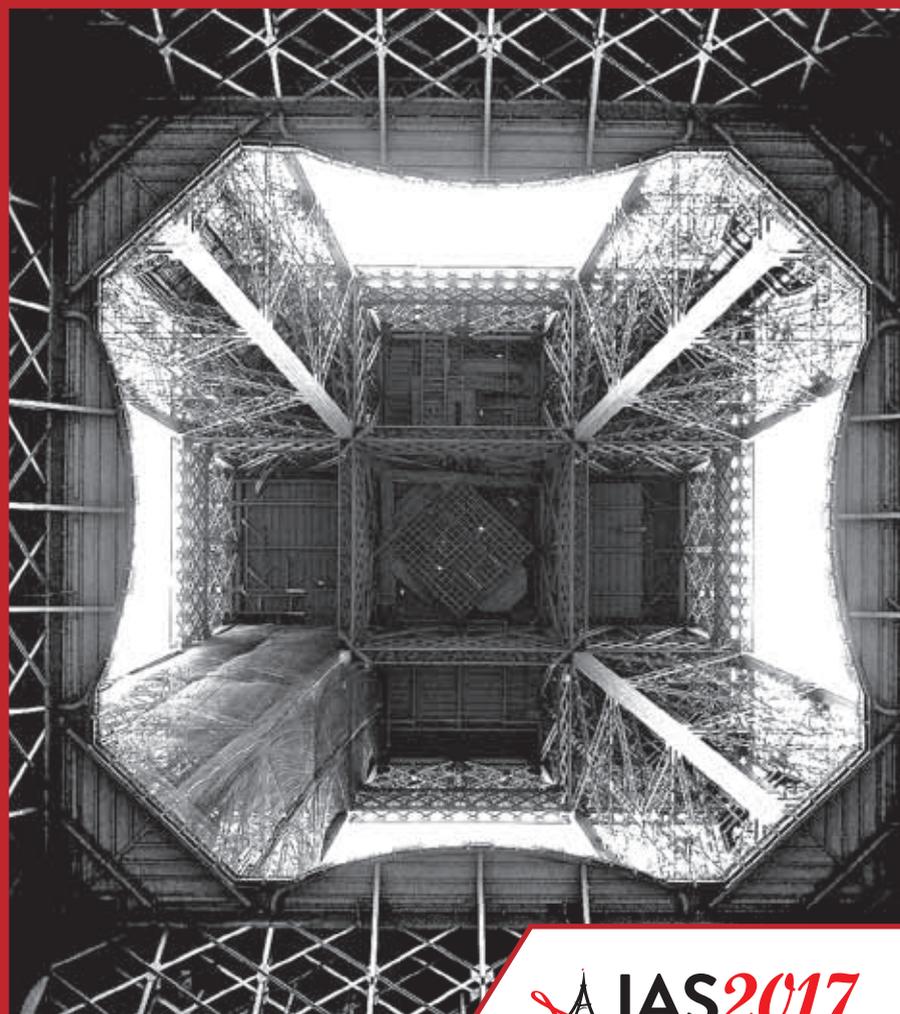
L'uso della PrEP, non essendo un obbligo per la popolazione, doveva diventare un diritto anche per introdurre, in libera scelta da parte della persona a rischio, un ulteriore strumento per fronteggiare l'infezione. Ricordiamo che fin dal 2009 l'International AIDS Society aveva confermato il ruolo preventivo della terapia anti-HIV nella trasmissione dell'infezione, con il motto Treatment as Prevention.

I dati successivi sulla PrEP hanno confermato come la diffusione dei farmaci, sia ai positivi sia ai negativi, debba essere una strategia per contenere la diffusione dell'infezione.

Un progetto pilota dovrebbe disegnare le raccomandazioni per promuovere la PrEP in centri selezionati tra fine 2018 e 2021, ma l'Italia ha sottoscritto un piano OMS da iniziare con il 2017, dunque siamo in ritardo. Inoltre la principale autorità di Salute Pubblica dello Stato, nonostante le evidenze scientifiche e le richieste di associazioni che fanno parte del Comitato Tecnico Scientifico del MdS, ancora non ha preso una posizione netta sull'importante ruolo preventivo della terapia antiretrovirale.

Ma non è l'unica strategia di prevenzione non applicata nel 2016. Tra giugno e novembre scorso il ministero creò filmati di informazione e prevenzione accattivanti, con protagonisti youtubers, diretti a una parte della popolazione vulnerabile: i giovani. Visti, studiati e approvati dal CTS a fine 2016, i filmati saranno messi in rete a settembre, con un anno di ritardo.

Si sa che ogni anno si infettano circa 4.000 persone, ma l'urgenza di informare e l'utilità di prevenire piuttosto che curare sfugge a chi amministra la cosa pubblica.



 IAS2017

pag. 18

BREVI

FILIPPO VON SCHLÖSSER

HIV

FARMACI A LENTO RILASCIO COME PROFILASSI

Iniziati di recente gli studi sull'uomo per verificare l'efficacia e la tossicità di farmaci che possano produrre una protezione contro l'infezione da HIV con una iniezione ogni due mesi. I farmaci in sperimentazione sono il cabotegravir e la rilpivirina (cfr. anche l'articolo a pag. 9).

Si tratta di farmaci che hanno già confermato l'efficacia in pazienti con viremia soppressa. Ma vi sono ancora molti aspetti, al di là dell'efficacia, che debbono essere esplorati: ad esempio i problemi legati all'aderenza in un lasso di tempo così ampio, la lunga durata nel corpo di una combinazione di farmaci ed il conseguente rischio di effetti collaterali, che cosa possa

succedere se una persona non assume la dose seguente dopo 8 settimane, quali sono i rischi di resistenze nel caso ci si infetti. In poche parole, varrà la pena di affrontare questo schema profilattico, rispetto alla somministrazione di

PrEP in compresse? Inoltre bisogna valutare se i risultati di uno studio clinico si riscontrano anche nella vita reale.

Mark Mascolini and Emily Bass, EATG.org 9/6/2017

L'FDA APPROVA IL TRUVADA-EQUIVALENTE PER LA PrEP

La versione generica del Truvada è stata annunciata da un comunicato stampa della Teva Ph. USA in quanto è stata giudicata bio-equivalente all'FTC+TDF di Gilead. Il farmaco sarà prescrivibile

come prevenzione secondaria (PrEP) per gli adulti HIV negativi che si espongono ad alto rischio di contrarre l'infezione.

EATG, 9/6/2017

ISENTRESS, NUOVA FORMULAZIONE

Approvata dal CHMP dell'EMA la nuova formulazione dell'Isentress (raltegravir, inibitore dell'integrasi) che permette di assumere il farmaco, in una sola somministrazione al giorno. Il nuovo raltegravir è composto da

due compresse da 600 mg ed è stato sperimentato con lo studio ONCEMRK. Potranno assumerlo nella sua nuova formulazione, come parte del regime terapeutico, i pazienti mai trattati e quelli con soppressione

del virus. L'approvazione finale da parte delle autorità europee è prevista per la seconda metà dell'anno in corso.

MSD, 19 maggio 2017

TABACCO

I ricercatori dell'Università di York (UK) stimano, con uno studio osservazionale tra il 2003 e il 2014, che le persone con HIV mostrano una disposizione al fumo maggiore di oltre il 46% rispetto alla popolazione sieronegativa.

La ragione, puramente psicologica, sarebbe da attribuire alla sieropositività che crea depressione o ansia. In particolare, nelle persone con minore livello scolare, sostengono i ricercatori, vale ancora il vecchio concetto per cui se si ha l'HIV non si ha nulla da perdere in quanto equivale ad

una sentenza di morte. Viceversa, con l'allungarsi della vita, grazie alle terapie efficaci, il tabacco crea maggiori problemi di salute ed accelera malattie cardiovascolari, renali, epatiche e polmonari e ciò rappresenta anche un maggior costo per la sanità pubblica. È stato osservato anche che nelle persone con HIV i corsi per interrompere il fumo non sono efficaci. Quindi sarà necessario trovare nuovi strumenti e tecniche per l'abbandono del fumo più adatti in presenza di HIV.

The Lancet Global Health, Giugno 2017

TESTOSTERONE

È stata segnalata dall'FDA la possibilità di aumentare il rischio di eventi cardiaci e ictus in pazienti HIV sieropositivi che assumono testosterone per supplirne la mancanza dovuta soprattutto all'invecchiamento. Molti studi hanno riportato l'aumento di rischio cardiovascolare e ictus collegato direttamente all'assunzione di testosterone.

L'allerta dell'FDA raccomanda di chiedere aiuto medico in caso di dolore al petto, affanno, debolezza e difficoltà nel parlare. Si ricorda anche che la dose utile di testosterone varia da paziente a paziente e deve essere valutata con l'aiuto dell'endocrinologo.

<https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436259.htm>

GLI EFFETTI DELLA PrEP STUDIATI IN CHI L'ASSUME

Da uno studio dello stato Washington è risultato che gli MSM, dopo un periodo tra i 3 e i 12 mesi di assunzione della PrEP, hanno diminuito i livelli di ansia che circondano la sessualità, migliorando il senso di intimità e la soddisfazione psicologica. I ricercatori commentano che "diminuire il rischio di HIV offrendo un'alternativa di protezione, migliora la salute sessuale". Questo concetto

non è legato all'assenza di malattie ma "allo stato di benessere fisico, mentale e sociale, come definisce l'OMS". L'impatto della riduzione dello stigma e dell'ansietà che circondano la vita sessuale spiegano l'immenso peso che sopportano coloro che convivono con un alto rischio di contrarre l'HIV. Lo studio, più centrato sugli aspetti emozionali che comportamentali, conferma l'evidenza

che una compensazione del rischio è il fattore chiave per l'accettazione dell'uso della PrEP.

Collins SP et al. The Impact of HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Use on the Sexual Health of Men Who Have Sex with Men: A Qualitative Study in Seattle. *International Journal of Sexual Health* 29: 55-68, 2017
Koester K et al. Risk, safety and sex among male PrEP users: time for a new understanding. *Culture, Health & Sexuality*, online ahead of print, 2017

ESEMPIO DI DISCRIMINAZIONE

Un lettore ci ha inviato con indignazione la foto di questo bambino, a una manifestazione in Veneto, cui hanno attaccato un manifesto sulla schiena.

Il contenuto, oltre che essere discriminatorio nei confronti di chi è portatore di patologia, istiga anche all'odio sfruttando un minore con un messaggio contrario alle evidenze scientifiche e sociali.



Si rischia di creare una contro cultura che può portare un bambino alla morte per morbillo. Quali siano le credenze che guidano questi comportamenti, a noi sono incomprensibili.

MISURE PENALI IN CINA

Il codice penale cinese ha incluso nella normativa un articolo di legge che prevede la pena di morte nel caso in cui la CFDA, organo di verifica dei medicinali, riscontri che i dati cli-

nici per l'approvazione di un farmaco siano stati contraffatti o modificati. Tale misura vale anche nel caso di contraffazione dei dati di efficacia e tollerabilità dei vaccini.

Se da un lato la misura dell'CFDA è esemplare, dall'altro rischia di ridurre la richiesta di approvazioni di nuovi farmaci, dato il forte impatto psicologico sui ricercatori e sulle aziende che preparano la documentazione per l'approvazione. Sono, infatti, state ritirate l'80% delle nuove richieste di approvazione per l'immissione nel mercato.

EATG, 16/6/2017

ATTESA CRONICA

Le persone con malattie croniche e rare devono sopperire alle carenze del sistema sanitario nazionale utilizzando le proprie risorse economiche e il proprio tempo. Questa la conclusione del Coordinamento Nazionale Associazione Malati Cronici (composta da 46 associazioni) che fa parte del XV Rapporto sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva.

In particolare, il rapporto lamenta le difficoltà legate ai tempi lunghi per l'individuazione e diagnosi delle patologie, il difficile rapporto con il medico, che ha poco tempo a disposizione, la riduzione dei posti letto ospedalieri che in molti casi obbliga al ricovero lontano dalla propria residenza, o in un reparto non idoneo.

Un altro aspetto critico è quello della gestione del dolore, per cui le associazioni concordano che il personale sanitario sottovaluta questo aspetto, mancando un raccordo tra specialista e servizio di cure palliative.

Cittadinanzattiva onlus, Ufficio stampa, Roma, 27 aprile 2017

ANTIVIRALI IN FASCIA C

Rimborsabili secondo i criteri della fascia C Harvoni e Sovaldi che solo pochi mesi fa erano i farmaci innovativi per eccellenza nella cura dell'epatite C.

La decisione dell'AIFA, datata 22 maggio 2017, pubblicata dalla Gazzetta Ufficiale, classifica i due farmaci quali soggetti a prescrizione di centri ospedalieri, da specialisti quali l'internista, l'infettivologo e il gastroenterologo. Sarà, quindi, a carico del paziente il pagamento del farmaco.

Gazzetta Ufficiale della R.I., 1/6/2017

NUOVI ANTIVIRALI: VIEKIRAX E EXVIERA (ABBVIE)

AIFA ha determinato la rimborsabilità dei due farmaci per la terapia dell'epatite C cronica con provvedimento pubblicato in G.U. il 13 giugno scorso. Ambedue in classe di rimborsabilità A, sono rientrati nell'elenco dei farmaci innovativi. Sono ora prescrivibili dai centri specialistici regionali, dalle province autonome, dagli internisti, infettivologi e gastroenterologi.

In entrambi i provvedimenti è stato incluso il recepimento del parere della Commissione Tecnico-Scientifica del 10 maggio 2017 relativi

vo all'estensione posologica di Viekirax/Exviera che prevede la possibilità di una durata del trattamento di 8 settimane per pazienti con infezione da genotipo 1b non trattati in precedenza con fibrosi di intensità da minima a moderata (sulla base dello studio Garnet).

Il prezzo franco fabbrica è stato fissato dall'AIFA per i prossimi 12 mesi in rispettivamente 12.880 euro e 1.120 euro.

Gazzetta Ufficiale della R.I., 13 giugno 2017

EPATITE A

I nuovi casi di epatite A in Italia, (fonte Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, SEIEVA), nel periodo agosto 2016-aprile 2017, ammontano a 1.410, rispetto ai 142 osservati nello stesso periodo dell'anno precedente: l'incremento è stato di circa 10 volte secondo il dato che vede la partecipazione del 78% delle ASL italiane rappresentative dell'80% della popolazione italiana. Il dato caratteristico di questo focolaio epidemico consiste nella percentuale di casi prevalentemente MSM (484/725, per i quali è disponibile l'informazione sulle abitudini sessuali: 66,8%).

APPROVATO MAVIRET (ABBVIE)

Il farmaco ha ottenuto l'approvazione dall'EMA in agosto 2017 e se ne prevede l'entrata sul mercato entro fine 2017/inizio 2018. Si tratta di un composto di glecaprevir/pibrentasvir che cura i genotipi da 1 a 6, cosid-

detto pangenotipico, ad assunzione una volta al giorno per 8 settimane. Potrà curare anche persone con cirrosi compensate e con malattia renale cronica.

EMA, 17/08/2017

L'età mediana è di 35 anni, maggiore di quella osservata nell'anno precedente (26 anni). Negli ultimi 2 mesi i dati mostrano un incremento anche tra le donne.

L'ECDC ha promosso uno studio descrittivo ed analitico per valutare l'impatto dell'epidemia ed individuare fattori di rischio specifici

negli MSM. L'Italia parteciperà allo studio con l'ISS, che con alcune Regioni e ASL, raccoglierà dati utili per comprenderli.

I quattro ceppi descritti in Europa non sono mai stati osservati in Italia prima di agosto 2016.

Ministero della Salute, maggio 2017

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.

ZENZERO



Zingiber officinale Roscoe, conosciuto anche con il nome inglese di Ginger, lo zenzero è una pianta erbacea perenne, alta circa 90cm che appartiene alla famiglia delle Zingiberacee. Presenta un fusto sotterraneo, formato da un rizoma ramificato da cui nascono i fusti vegetativi. La parte medicinale è il rizoma (che la maggior parte delle persone lo chiama in modo erroneo radice), ricco di olio essenziale, vitamina B6, gingerolo, zingerone, resine, mucillagini, sali minerali fondamentali come il calcio, il ferro, lo zinco e il potassio.

PROPRIETÀ

Secondo la medicina cinese, l'autunno è la stagione più indicata per sfruttare le proprietà riscaldanti dello zenzero che, con il suo caratteristico sapore piccante, è capace di aiutare l'organismo a combattere il freddo, stimolando la sudorazione e l'espulsione delle scorie, così da vincere gli squilibri energetici che rendono più vulnerabili alle patologie respiratorie e ai disturbi polmonari.

L'olio essenziale è perfetto per alleviare i dolori causati da un'intensa attività fisica, distorsioni e contusioni (oltre a quelli arrecati dall'influenza).

Ottimo per gli stati di affaticamento: è energizzante, tonico e stimolante. Migliora la circolazione sanguinea ed è utilizzato come ricostituente. Dà calore e vitalità.

STATI INFLUENZALI

Stimola il sistema immunitario; da millenni usato dalle popolazioni asiatiche per combattere raffreddore e febbre. È anche un valido aiuto contro tosse e catarro. Grazie alle sue proprietà antisettiche e antinfiam-

matorie, è un ottimo antibiotico naturale, di grande aiuto anche in caso di mal di gola (faringite, laringite, ecc...).

DIMAGRANTE E SAZIANTE

Viene spesso impiegato nelle diete dimagranti e sazianti e come anticellulite proprio perché accelera il metabolismo dei grassi. Favorisce l'eliminazione dei lipidi in eccesso.

Per godere appieno delle proprietà dimagranti dello zenzero, è bene adottare un regime alimentare corretto e una giusta quantità di esercizio fisico quotidiano. L'azione termogenica della radice è in grado di smorzare il senso di fame.

ANTICOAGULANTE

Studi recenti hanno dimostrato gli effetti positivi sull'aggregazione piastrinica nel sangue dell'uomo, somministrando almeno 5 grammi di estratto di zenzero al giorno. Secondo i ricercatori, lo zenzero potrebbe costituire una delle principali alternative agli attuali farmaci anticoagulanti, ma senza riportare i loro stessi effetti collaterali e in modo più naturale ed economico.

ANTITUMORALE

Di recente, un gruppo di ricercatori dell'Horner Institute del Minnesota hanno osservato le proprietà antitumorali dello zenzero, in pazienti che erano stati colpiti dal carcinoma del colon-retto. Lo studio ha dimostrato che l'assunzione quotidiana di una certa quantità di zenzero, agisce come protettivo.

ANTIBATTERICO

Gli antichi sacerdoti usavano masticare dello zenzero fresco per purificarsi l'alito e poter compiere i loro riti. Questa proprietà è utilizzata ancora oggi perché, non solo

favorisce la digestione, ma contrasta l'accumulo di tossine e la fermentazione batterica. Ideale per chi soffre di alitosi.

DECOTTO E TISANA

Si può utilizzare come decotto, mettendo in infusione in una tazza d'acqua 2 cm di radice fresca, ai primi sintomi di raffreddore, influenza, catarro e rinite.

La tisana si prepara sbucciando una radice di zenzero fresco. Si taglia in piccoli pezzetti. Per due persone ne bastano 5/6. Si fa bollire l'acqua e lo zenzero per circa quattro minuti, si spegne la fiamma e si aggiunge succo di limone fresco. Si cola tutto e si aggiunge un cucchiaino di miele, di acacia è l'ideale, o a secondo dei gusti. Tra gli altri benefici, ha un'azione diuretica e stimolante dei reni.

DOSAGGIO

La posologia consigliata è di 0,5-2 g di estratto secco di radice, titolato in gliceroli minimo 4%, in dose unica o suddivisa durante il giorno. Come infuso o come decotto va usato alla dose di 0,25-1,0 g in 150 ml di acqua bollente per tre volte al giorno. Come tintura madre 1,25-5 ml per tre volte al giorno di una tintura con rapporto grammi/millilitro (g/ml) di 1:5. Se si usa un estratto fluido 0,25-1,0 ml di un estratto 1:1 (g/ml), a seconda della necessità e previo parere dello specialista.

CONTROINDICAZIONI

Non si può parlare di veri e propri effetti collaterali. Le proprietà dello zenzero sono utili per chi soffre di stipsi, ma controindicate nei soggetti che soffrono di sindrome del colon irritabile, calcoli biliari, gastrite o in concomitanza con l'assunzione di determinati farmaci. Presenta maggiori controindicazioni se assunto in polvere. In alcuni soggetti può causare mal di stomaco e gonfiore addominale.

PROBIOTICI: BENEFICI SULLA MUCOSA E SUL SNC

L'ARTICOLO PUBBLICATO NEL PRECEDENTE NUMERO FACEVA RIFERIMENTO A ALCUNI LAVORI SCIENTIFICI, IN PAZIENTI CON INFEZIONE DA HIV, SULL'EFFETTO DI UNO SPECIFICO PROBIOTICO COMMERCIALIZZATO IN EUROPA CON IL NOME VIVOMIXX® E NEGLI USA COME VISBIOME®

(COMPOSIZIONE: *LACTOBACILLUS PARACASEI*, *LACTOBACILLUS PLANTARUM*, *LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS*, *LACTOBACILLUS DELBRUECKII SUBSPECIES BULGARICUS*, *BIFIDOBACTERIUM LONGUM*, *BIFIDOBACTERIUM INFANTIS*, *BIFIDOBACTERIUM BREVE*, *STREPTOCOCCUS THERMOPHILUS*).

IL PRIMO STUDIO: EFFETTI SULLA MUCOSA INTESTINALE

Nel primo di questi⁽¹⁾ gli sperimentatori hanno arruolato, tra Maggio 2014 e febbraio 2015, 10 pazienti di sesso maschile i quali sono stati valutati con un prelievo di sangue e con una colonscopia prima (T0) e dopo 6 mesi di assunzione del probiotico (T6). L'immuno attivazione dei linfociti T CD4 e CD8 è stata valutata sulle cellule circolanti nel sangue e su quelle estratte dalle biopsie di mucosa intestinale; dopo 6 mesi di assunzione di probiotico si è osservata una riduzione dei livelli di immuno attivazione in entrambi questi distretti.

Al T6, i livelli di linfociti Th17, ovvero cellule deputate al mantenimento dell'integrità della mucosa intestinale, così come quelli di alcuni loro sottotipi particolari (denominati central memory Th17 e effector memory Th17), hanno mostrato un incremento tanto nel sangue quanto nell'intestino. I prelievi biotici raccolti durante le colonscopie sono stati utilizzati per lo studio isto-morfologico della mucosa intestinale e per verificare la presenza di una correlazione tra il ripopolamento dei Th17 e una "guarigione" strutturale dell'intestino.

Ad ogni campione è stato assegnato un punteggio istologico basato su: i) entità dell'infiltrato infiammatorio, ii) quantità di linfociti intraepiteliali, iii) attivazione delle cellule immunitarie locali; al T6 è stata registrata una riduzione di questo punteggio (un punteggio più basso corrisponde a una riduzione dell'infiammazione intestinale).

È stato osservato un miglioramento anche dal punto di vista morfologico, con un incremento dell'integrità dell'epitelio intestinale (cioè il sottile strato di cellule che riveste in-

ternamente l'intestino; queste cellule si chiamano "enterociti") e un ripopolamento delle strutture immunitarie a questo associate. Per comprendere meglio l'effetto dei probiotici sulla normalizzazione dell'epitelio intestinale è stata condotta un'analisi dei livelli di apoptosi degli enterociti (l'apoptosi rappresenta un meccanismo cellulare di "morte" programmata che si attiva generalmente quando la cellula si trova in una condizione di eccessiva sofferenza); come era auspicabile, al T6, cioè dopo 6 mesi di assunzione continuativa di probiotici, il livello di apoptosi degli enterociti è risultata ridotta rispetto al T0 fornendo così una spiegazione del miglioramento osservato a livello epiteliale.

Infine è stato condotto uno studio al microscopio elettronico per valutare la relazione tra il recupero isto-morfologico dell'epitelio intestinale e i mitocondri degli enterociti (i mitocondri sono strutture contenute nelle cellule e responsabili della così detta "respirazione cellulare", processo che genera l'energia necessaria per le loro attività e la loro sopravvivenza); dai risultati di questo studio è emerso che prima dell'assunzione dei probiotici i mitocondri apparivano morfologicamente alterati mentre al T6 la morfologia risultava normale e che la distribuzione della proteina HSP60, sempre visualizzata grazie a tecniche di microscopia elettronica, ha mostrato una riduzione a livello del citoplasma cellulare e un accumulo all'interno dei mitocondri (evento, quest'ultimo, che è da considerarsi segno di una migliorata funzionalità mitocondriale). In definitiva gli sperimentatori hanno constatato l'effetto benefico del probiotico utilizzato sull'intestino e sull'immuno attivazione sistemica nei pazienti con infezione da HIV.

IL SECONDO STUDIO: EFFETTI SULLE FUNZIONI NEUROCOGNITIVE

In un differente studio⁽²⁾ i ricercatori hanno valutato l'effetto dello stesso probiotico sulla via del metabolismo del triptofano (un aminoacido essenziale).

In assenza di probiotico, nelle persone HIV positive il metabolismo di questo aminoacido risulta disfunzionale a causa dell'alterazione della normale flora batterica intestinale, esercitando effetti negativi sull'infiammazione del sistema nervoso centrale e sulle funzioni neurocognitive.

Attraverso la valutazione di campioni di liquor e di biopsie di mucosa intestinale, raccolti prima (T0) e dopo 6 mesi di assunzione di probiotico (T6), è stato possibile mettere in evidenza al T6 una riduzione della neuroinfiammazione e una riduzione dell'attività metabolica del triptofano. Quindi anche in questo caso l'uso del probiotico ha avuto effetti benefici sui pazienti HIV positivi.

Bibliografia

1. D'Ettoire G, Rossi G, Scagnolari C, Andreotti M, Giustini N, Serafino S, Schietroma I, Scheri GC, Fard SN, Trinchieri V, Mastromarino P, Selvaggi C, Scarpona S, Fanello G, Fiocca F, Ceccarelli G, Antonelli G, Brenchley JM, Vullo V. Probiotic supplementation promotes a reduction in T-cell activation, an increase in Th17 frequencies, and a recovery of intestinal epithelium integrity and mitochondrial morphology in ART-treated HIV-1-positive patients. *Immun Inflamm Dis*. 2017 Apr 20.
2. Scagnolari C, Corano Scheri G, Selvaggi C, Schietroma I, Najafi Fard S, Mastrangelo A, Giustini N, Serafino S, Pinacchio C, Pavone P, Fanello G, Ceccarelli G, Vullo V, d'Ettoire G. Probiotics Differently Affect Gut-Associated Lymphoid Tissue Indolamine-2,3-Dioxygenase mRNA and Cerebrospinal Fluid Neopterin Levels in Antiretroviral-Treated HIV-1 Infected Patients: A Pilot Study. *Int J Mol Sci*. 2016 Sep 27;17(10).

ANCHE QUEST'ANNO L'INCONTRO NAZIONALE SI È CONFERMATO ESSERE DI RIFERIMENTO: 40 SESSIONI SCIENTIFICHE, 92 COMUNICAZIONI ORALI, 36 ORAL-POSTER E 238 POSTER. SONO STATE CIR-

CA 1300 LE PERSONE CHE HANNO PRESO PARTE ALL'EVENTO. RIPORTIAMO I PRINCIPALI STUDI PRESENTATI DALLE ASSOCIAZIONI DI PAZIENTI E/O DI COMUNITÀ COLPITE DALL'INFEZIONE.

HIV & HCV: FROM EDUCATION TO CARE

Chairs: M.G. Di Benedetto (Catania),
M. Errico (Milano), M. Stagnitta (Firenze)

I giovani informano i giovani - è un progetto tra pari, di prevenzione e di educazione sulle infezioni a trasmissione sessuale, svolto dal Circolo Mario Mieli, Anlaids, Lila e Sieropositivo.it, indirizzato a ragazzi delle scuole superiori di Roma. In questo contesto si è fatto compilare un questionario per comprendere le conoscenze su comportamenti a rischio, modalità di trasmissione dell'HIV e pregiudizi. Dei 527 questionari compilati, il 43% ha mostrato una buona conoscenza dei vari aspetti e il 36% è al corrente dell'esistenza sia di popolazioni chiave sia di comportamenti più a rischio.

Tuttavia, il 78,6% pensa che il preservativo sia l'unico mezzo per proteggersi dall'HIV e che il sesso vaginale sia più rischioso di quello anale (94.3% vs 71.9% sesso anale e 68.7% quello orale). Notevoli le miscredenze: il 40% pensa che la saliva sia infettiva e il 27.7% eviterebbe di mangiare accanto ad una persona con HIV (**M Farinella, OC40**).

Vivere con l'HIV apertamente nella comunità gay - L'indagine su 1498 persone gay HIV negative, 660 positive e 223 con stato non noto ha tentato di indagare se questo aspetto possa essere un fattore chiave nella lotta allo stigma, riducendo così le barriere alla prevenzione dell'HIV nella comunità. Dei positivi, solo l'8.7% ha fatto outing tra gli amici gay. Il 51% dichiara di non avere nessuno con cui parlarne. La paura della discriminazione è molto forte e lascia molte persone nella "invisibilità", soprattutto quando l'anno di diagnosi è recente. I dati comunque mostrano che la strategia potrebbe essere utile nella comunità gay (**GM Corbelli, OC42**).

Linkage to care in popolazioni difficili - Villa Maraini propone dati su un programma rivolto a persone tossicodipendenti e lavoratori/lavoratrici del sesso utilizzando i test rapidi per HIV e HCV. Sono stati testati rispettivamente 706 e 184 persone tra luglio 2015 e febbraio 2017 attraverso servizi quali ambulatori dedicati e unità di strada. Nei tossicodipendenti si sono effettuate 11 nuove diagnosi di HIV e 79 di HCV e il collegamento al Policlinico Tor Vergata è stato facile e istantaneo, compreso quello alle cure sia per HIV sia per HCV (48 persone hanno, per esempio,

ricevuto terapia anti-HCV immediata). Tra i lavoratori/lavoratrici del sesso (134 donne e 50 transessuali) 11 persone hanno ricevuto diagnosi di positività (10 di HIV e 1 di HIV/HCV). Purtroppo per loro non si è riusciti a linkarli al centro di cura, evidenziando ancora una volta le difficoltà per questa popolazione (**E Teti, OC46**).

HIV: WALKING ALONG THE CONTINUUM OF CARE

Chairs: M. Farinella (Roma), M. Oldrini (Como),
F. von Schlösser (Roma)

Auto-test HIV in Italia - Nell'ambito dello studio della regione Lazio SENDIH, dal 1° dicembre 2016 al 15 febbraio 2017 si sono avute 7 diagnosi (su 23, quindi il 30,4%) di HIV grazie a questo nuovo strumento. Tutti MSM, italiani, con meno di 30 anni, con CD4 maggiori di 350. Per 5 di loro è stato il primo Test. Pur preliminari, i dati confermano che questo nuovo strumento raggiunge una popolazione che difficilmente si avvicinerrebbe alle tradizionali modalità di effettuazione del test (specie in ambito sanitario) per diversi motivi. Sarà interessante poter avere più dati nel nostro paese su questo tema, proprio per comprendere meglio come poter raggiungere persone che diversamente non si avvicinerrebbero ai servizi (**N Orchi, OC69**).

Determinanti sociali per l'accesso e il mantenimento in cura - La coorte ICONA propone sul tema un'analisi su 8023 persone con HIV. Le donne, gli utilizzatori di sostanze iniettive, e le casalinghe sono condizioni legate al più tardo inizio della terapia antiretrovirale, mentre l'essere anziano, disoccupato, studente e l'elevata istruzione, sono associati all'inizio più rapido. Interessante notare che la negativizzazione della viremia è più difficoltosa nei tossicodipendenti, in chi è disoccupato e in chi ha un'istruzione più bassa, mentre il rischio di



interruzione della terapia è più alto nelle donne, nei pazienti anziani, negli MSM, nelle casalinghe e nei disoccupati (A Saracino, OC71).

Rapporto tra Social Media e persone con HIV in merito alla salute – L'utilizzo di internet nell'ambito della salute, con i suoi nuovi strumenti quali social media e nuove tecnologie, è un tema caldo e sempre più affrontato nell'ambito dell'innovazione delle politiche sanitarie. Sono stati raccolti, con l'aiuto di molte associazioni, i primi dati nel nostro paese sulla popolazione con HIV. Dei 255 rispondenti, nonostante il fatto che oltre il 90% abbia un profilo Facebook e lo utilizzi per ragioni personali e/o professionali, solo il 33,8% lo utilizza per indagare tematiche riguardanti la salute. In particolare, il 90% dichiara di non utilizzare questi nuovi strumenti di comunicazione (compreso mail e WhatsApp) con il proprio medico, preferendo la telefonata tradizionale o l'incontro vis a vis. Dagli intervistati, sono ritenuti utili strumenti quali App e servizi di Counselling per interagire meglio con il proprio medico (A. Donti, OC73)

30 ANNI DI LILA

Per i diritti, la salute, la dignità sociale

Il filo conduttore di questi decenni, a fronte dell'immobilismo e talvolta dei danni causati dalle istituzioni, è sempre stato presente l'impegno costante di LILA in difesa della dignità e dei diritti delle persone con HIV. Contro lo stigma e le discriminazioni, ma presente anche per la prevenzione della salute di tutte e tutti. Riportiamo di seguito alcuni commenti e considerazioni che fanno ben emergere i temi affrontati durante il convegno.

"Nella storia delle persone con HIV ci sono state due buone notizie - ha detto Alessandra Cerioli, già presidente LILA- l'avvento della cArt, grazie alla quale non si muore più e la TasP (Treatment As Prevention), che ha reso non infettive le persone in terapia e con carica virale soppressa".

"Per la LILA sono stati 30 anni complessi – ha detto Massimo Oldrini, attuale Presidente - ma anche 30 anni di straordinario impegno civile da parte di moltissime persone con background, storie e professioni diverse. Quanto al futuro, l'HIV resta un problema di sanità pubblica che solo negli ultimi anni è rientrato nell'agenda politica europea. È ora che entri anche nell'agenda Italiana".

Il nuovo Piano Nazionale AIDS (PNAIDS), ancora all'esame della conferenza Stato-Regioni, è stato tra i temi della tavola rotonda "Fast track to end AIDS by 2030", cui hanno partecipato il coordinatore di ICAR Andrea Antinori e infettivologo dello Spallanzani di Roma, Massimo Galli, infettivologo dell'ospedale Sacco di Milano e vicepresidente Simit, Antonella Castagna, ospedale San Raffaele di Milano, Maria Stagnitta presidente Forum droghe e CNCA, Massimo Farinella, Mario Mieli e Michele Breveglieri, ARCI GAY. Tutti concordi nel definire il PNAIDS un documento innovativo nel merito e nel metodo, nato dalla collaborazione tra comunità scientifica e società civile senza precedenti in Italia. Comuni, tuttavia, le preoccupazioni per il mancato stanziamento di risorse che possano sostenerne l'attuazione.

HIV/HCV: CAMPAGNA DI ERADICAZIONE

SIMIT intende farsi promotrice della campagna di eradicazione dell'infezione da HCV nelle persone con HIV, al fine di conseguire l'eliminazione di HCV in questa popolazione nell'arco di un triennio. Per ottenere questo risultato, si intende coinvolgere in un lavoro comune le Associazioni dei pazienti, favorendo il massimo possibile delle sinergie; è in corso inoltre un'importante sinergia con la Fondazione ICONA, che sta sviluppando una progettualità di ricerca su questo tema, a supporto e a validazione dei risultati del piano di eradicazione.

Occorre inoltre implementare il supporto assistenziale al paziente, attraverso programmi che facilitino l'assunzione dei farmaci; serve sostenere i Centri di minori dimensioni, favorendo l'accesso ai nuovi farmaci anti-HCV dei pazienti ad essi afferenti; bisogna favorire il coordinamento dei maggiori centri erogatori. **Nadir ha appena lanciato una campagna di informazione e sensibilizzazione su questo tema proprio con il patrocinio di SIMIT e di altre associazioni (Plus e L'Isola di Arran).**

"La confezione HIV/HCV - dichiara il Prof. Massimo Galli, Vicepresidente SIMIT, Professore Ordinario di Malattie Infettive all'Università di Milano - determina interazioni patogenetiche che causano nelle persone colpite una maggior incidenza di malattie cardiovascolari, danno renale, malattie metaboliche e un'accelerazione della progressione dell'infezione da HCV. Per tutti questi motivi, l'eradicazione tempestiva dell'infezione da HCV nelle perso-



ne con infezione da HIV è da considerarsi una priorità, indipendentemente dal grado di compromissione epatica".

LE PREOCCUPAZIONI DI NADIR

Se ICAR si conferma come momento annuale di aggregazione per tutti gli attori del mondo AIDS italiano, non possiamo fare a meno di notare come sia sempre più difficile condurre nel nostro paese studi ben disegnati, secondo criteri rigorosi e con ampi numeri, che possano contribuire a fornire risposte agli ancora tanti quesiti aperti nella gestione clinica delle persone con HIV e sugli aspetti sociali. La mancanza di risorse indipendenti (leggasi Programma Nazionale AIDS del passato) sta contribuendo a impoverire culturalmente il nostro paese, un tempo fonte di preziosi contributi. Non possiamo che auspicare un'inversione di tendenza.

Tali preoccupazioni sembra siano condivise anche dal Consiglio di Presidenza di ICAR che ha firmato all'unanimità una lettera al Presidente del Consiglio chiedendo il sostegno finanziario per l'attuazione del PNAIDS e della ricerca collegata all'innovazione, come motore per il miglioramento della qualità di studi clinici italiani. Il finanziamento (richiesto per 10 milioni) si unisce a quello dell'aiuto italiano al Fondo Globale, inserendo un meccanismo a tenaglia di lotta all'AIDS in campo internazionale oltre che nazionale.

SALUTE CARCERARIA

IL PROGETTO DELL'MDS

Il Parte

RITORNIAMO SUL TEMA SALUTE IN CARCERE ATTRAVERSO LO SGUARDO DEL PROGETTO "I.R.I.D.E.: INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO EFFICACI SECONDO LE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI 2013, RICERCA-INTERVENTO NELLE CARCERI ITALIANE", DI CUI ABBIAMO PARLATO NEL PRECEDENTE NUMERO.

I NUMERI E LE DRAMMATICHE PERCENTUALI DELLA RICERCA SARANNO DIFFUSI NEI PROSSIMI MESI DAL MINISTERO DELLA SALUTE, MA CREDIAMO UTILE CONDIVIDERE INTANTO LA NOSTRA ESPERIENZA, E QUELLO CHE ABBIAMO RISCOSTRATO A SEGUITO DEGLI INTERVENTI COMPIUTI ALL'INTERNO DEI 9 ISTITUTI PENITENZIARI ITALIANI COINVOLTI.

Le LG internazionali, oltre ad indicare i 15 interventi chiave di riduzione del danno da promuovere anche all'interno delle carceri, propone un concetto ben più ampio di salute, indicando due principi guida che dovrebbero fare da sfondo ad ogni tipo di intervento in contesto penitenziario:

1. La salute all'interno delle carceri intesa come salute pubblica
2. L'approccio dei diritti umani e il principio di equità delle cure.

Sono concetti che abbiamo tenuto sempre in mente durante la realizzazione del progetto. La stragrande maggioranza delle persone detenute fa ritorno alla società dei liberi. Questo fa sì che le loro condizioni di salute siano, a tutti gli effetti, una questione di salute pubblica dato che le malattie contratte o aggravate all'interno delle carceri hanno un impatto sull'esterno.

La carcerazione, con la limitazione delle libertà che comporta è, di per sé, un fattore di rischio per la salute.

Questo è subito risultato evidente dai racconti dei detenuti ed operatori, i quali hanno riportato descrizioni di spazi e condizioni materiali delle celle, delle docce e degli spazi comuni caratterizzati da sovraffollamento scarsa igiene, ruggine, umidità, a cui spesso si aggiunge l'indisponibilità di prodotti sia per l'igiene personale che per gli ambienti.

La prospettiva del diritto alla salute in quanto diritto umano nella realtà penitenziaria evidenzia la necessità di non discriminare la persona detenuta nell'accesso a tale diritto per via della sua condizione di privazione della libertà. Tale diritto non si riduce al trattamento di malattie, ma si estende, in un concetto ampio di salute, alla sfera della prevenzione, che abbraccia un gran numero di questioni: l'igiene, l'alimentazione, l'accesso ad attività sportive e ricreative, il contatto con i propri affetti, la protezione da violenze da parte di altri detenuti, la tortura o altri trattamenti inumani e degradanti da parte di operatori penitenziari.

A livello internazionale sono indicati alcuni interventi sanitari di base, in rapporto alla specificità della vita carceraria, cui va data in ogni caso risposta¹:

- informazione e counselling sulla prevenzione delle malattie trasmissibili, ivi incluse quelle trasmissibili per via sessuale, la HIV e l'epatite;
- informazione e counselling sugli stili di vita ad alto rischio, incluso il rischio di overdose da droghe dopo la scarcerazione;
- sostegno a stili di vita salutari, inclusa l'attività fisica e la dieta appropriata;
- misure per promuovere la salute mentale, compreso uno spazio temporale adeguato per la vita sociale; un'occupazione che abbia significato per il detenuto/a; i contatti col mondo esterno e aiuti per mantenere i rapporti con la famiglia.

Se è vero che il carcere è di per sé un fattore di rischio per la salute, è anche vero che può offrire opportunità di salute alle persone particolarmente vulnerabili, che in passato non hanno avuto accesso (o pieno accesso) alla sanità pubblica: in particolare, i migranti e i gruppi di popolazione stigmatizzate.

Per quanto riguarda l'HIV (che ha una prevalenza molto alta), la prima impressione che abbiamo avuto, sia dagli operatori, sia dai detenuti, è quella di una questione di minore rilevanza rispetto al passato. In particolare tra i detenuti e le detenute, emerge una paura del contagio più ampia, che va al di là dell'HIV e delle altre IST, ad esempio di prendere funghi, pidocchi, e altre infezioni non sessuali.

La conflittualità che connota le relazioni all'interno del carcere diventa, nella percezione delle persone detenute (soprattutto di quelle meno "istituzionalizzate"), uno dei principali fattori di rischio nella trasmissione di malattie infettive.

La variabile della conflittualità e del senso di vulnerabilità, soprattutto nelle sezioni comuni, assume dunque una rilevanza di cui tener conto sia per chi amministra gli spazi all'interno del carcere, che per chi intende programmare **interventi di prevenzione e di riduzione del danno**, fattore che abbiamo fatto presente durante gli interventi progettuali.

Un aspetto critico è risultato essere la continuità delle cure, evidenziato sia dal personale sanitario che dalle persone detenute. La continuità delle cure, ovviamente, va intesa sia in entrata che in uscita e, aspetto non secondario, in caso di trasferimenti da un istituto ad un altro. Uno dei fattori più critici in questo senso chiama in causa il raccordo tra amministrazione penitenziaria e servizio sanitario.

Abbiamo potuto osservare l'utilizzo di diverse prassi che delineano una situazione a macchia di leopardo, per cui in alcuni istituti risultano attrezzati, o si sta cercando di attrezzarsi, con una serie di strategie per garantire la continuità delle cure, mentre in altri permangono logiche e pratiche che rendono molto difficoltoso garantire questo diritto.

Quel che ci spinge all'ottimismo è il coinvolgimento e l'entusiasmo riscontrati tra operatori e detenuti che hanno partecipato agli interventi. È stata un'occasione importante, non solo per promuovere un'informazione corretta, e contrastare il pregiudizio, ma anche per delineare una strategia futura che sappia garantire il diritto alla salute in carcere.

L'HIV, anche questa volta, può indurre ad affrontare temi più complessivi, come la sessualità e l'affettività in carcere, spesso considerati tabù, ma che in un futuro prossimo dovremmo includere nei piani di azione.

¹WHO (2007) (cit), pp. 16-17.

FARMACI A LENTO RILASCIO: GLI STUDI LATTE

LA RICERCA SI STA CONCENTRANDO SU FORMULAZIONI DI FARMACI ANTIRETROVIRALI PER TENTARE DI SUPERARE ALCUNE DIFFICOLTÀ TIPICHE DI UN PROGRAMMA DI CURA CHE RICHIEDE UNA TERAPIA CONTINUA, QUALI I PROBLEMI DI ADERENZA E LA STANCHEZZA NELL'ASSUNZIONE QUOTIDIANA DELLA TERAPIA.

Il programma di ricerca più avanzato, nell'ambito di sviluppo di una strategia terapeutica a due farmaci, è sviluppato dall'azienda ViiV Healthcare e contempla due studi chiamati LATTE (Long-Acting antiretroviral Treatment Enabling) più altri studi di fase III (FLAIR e ATLAS) al momento in corso.

I FARMACI

Cabotegravir (CAB) – è un inibitore dell'integrasi (INI) che esiste sia in formulazione orale (tradizionale, ossia compresse da 30 mg), con una emivita (ossia il tempo richiesto per ridurre del 50% la quantità del farmaco nel sangue) di circa 40 ore, sia in formulazione LA (Long Acting) a nanosospensione, con una emivita di 20-40 giorni. Il farmaco è sperimentale.

Rilpivirina (RPV) – è un analogo non nucleosidico (NNRTI) che esiste sia in formulazione orale (tradizionale, ossia compresse da 25 mg), con una emivita di circa 50 ore, sia in formulazione LA a nanosospensione, con una emivita di 30-90 giorni. Il farmaco è in commercio in formulazione orale, è invece ancora sperimentale in formulazione LA.

GLI STUDI

LATTE (Long-Acting antiretroviral Treatment Enabling) è uno studio di fase 2b che si è svolto in USA e Canada, su 243 persone con HIV non ancora in terapia, randomizzate in 4 gruppi (1:1:1:1) per assumere nelle prime 24 settimane (periodo di induzione) 2 N(t)RTI associati o a cabotegravir in formulazione orale ai do-

saggi 10 mg, 30 mg o 60 mg una volta al dì (QD) o efavirenz (EFV) 600 mg QD. A seguire, i pazienti che avevano raggiunto la soppressione virologica dopo 24 settimane (periodo di mantenimento) nei bracci con CAB hanno sostituito i 2 N(t)RTI con rilpivirina (RPV) 25 mg QD. È rimasto inalterato, invece, il braccio contenente il regime di controllo 2 N(t)RTI + EFV.

L'endpoint primario era il raggiungimento di HIV-RNA < 50 cp/mL dopo 48 settimane (snapshot FDA) a seguire il periodo di induzione. La durata totale dello studio è stata di 96 settimane.

Considerando che 156 su 181 pazienti (86%) nei bracci con CAB e 46/62 (74%) nel braccio con EFV avevano già raggiunto il controllo virologico dopo la fase di induzione, l'endpoint primario è stato raggiunto dall'82% dei partecipanti nei bracci con CAB e dal 71% in quello con EFV.

Al termine dello studio, la non rilevabilità della viremia si è avuta nel 76% nei bracci CAB e nel 63% nel braccio EFV. L'aumento dei linfociti CD4 al termine della fase di induzione è stato di 185 cellule nei bracci CAB vs 159 cellule nel braccio EFV, mentre all'endpoint primario di 219 vs 216 cellule.

Le interruzioni terapeutiche a causa di eventi avversi correlati al farmaco sono state 6 (3%) nei bracci CAB e 9 (15%) nel braccio EFV.

I risultati dello Studio LATTE, dunque, ci confermano l'ipotesi iniziale, ossia l'efficacia e la sicurezza in persone con HIV naïve di una strategia di induzione/mantenimento basata su 2N(t)RTI + CAB (induzione a tre farmaci) e, a seguire, CAB + RPV (mantenimento a due farmaci), con il dosaggio di 30 mg per CAB.

LATTE-2 è uno studio in corso, di fase 2b che si svolge in Canada, Germania, Francia, Spagna, USA su 309 persone con HIV (91% maschi, 20% non bianchi, 19% con HIV RNA > 100.000 cp/mL) non ancora in terapia che hanno assunto nelle prime 20

settimane (periodo di induzione) 2 N(t)RTI (abacavir/lamivudina) + CAB 30 mg per poi, se con HIV RNA non rilevabile, essere randomizzate (2:2:1) in 3 gruppi per il periodo di mantenimento.

Nei tre bracci, i pazienti assumevano CAB LA + RPV LA ogni 4 settimane (n = 115, dosaggi: 400 e 600 mg IM), ogni 8 settimane (n = 115, dosaggi: 600 e 900 mg IM), oppure hanno continuato il regime iniziale a 3 farmaci a somministrazione orale (n = 56), per altre 96 settimane (totale: 116 settimane). Le formulazioni LA consistevano in iniezioni intramuscolari.

L'endpoint primario era il raggiungimento di HIV-RNA < 50 cp/mL dopo 32 settimane (snapshot FDA) a seguire il periodo di induzione.

Dopo le 20 settimane di induzione, il 91% dei pazienti aveva raggiunto HIV-RNA < 50 cp/mL e 286 persone sono state dunque randomizzate al mantenimento.

Alla settimana 32, rispetto ai tre gruppi il 94% e il 95% hanno mantenuto la non rilevabilità virologica, versus il 91% di coloro che assumevano i farmaci per via orale. Simili le percentuali di successo virologico alla settimana 48 di mantenimento: 92%, 91%, 89%.

Come atteso, il più comune effetto collaterale è stato il dolore al sito di iniezione (92%) con il 99% di reazioni cutanee lievi (82%) e moderate (17%), della durata media di 3 giorni.

Altri effetti collaterali sono stati nasofaringite (20%), diarrea (12%) e mal di testa (14%) nei bracci LA; nasofaringite (25%), mal di testa (7%), diarrea (5%) nel braccio con i farmaci orali.

Si è dunque dimostrata alla settimana 32 (e 48) un'attività antivirale confrontabile tra le varie formulazioni, confermando che il regime a due farmaci con formulazioni LA può essere un buon candidato per il mantenimento, dopo un periodo di induzione orale. Inoltre, la formulazione LA ogni 4 settimane è stata scelta per le fasi successive.

DI ARTE E DI PARTE

TEMPO PERDUTO, TEMPO RITROVATO

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 SIFILI-

DE, 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.

L'intricato rapporto di Marcel Proust con la malattia fu la fonte ispiratrice della propria vita di creatore. Il grande scrittore francese si costruì una clinica sui generis nella sua casa, rifugio e protezione, dove ad operare era il paziente-scrittore, il quale rifletteva sulle cose l'anima che gli erano familiari piuttosto che sulle incognite che lo spaventavano.

Indietreggiando col pensiero, alla maniera di Proust, consentiamo al nostro io di sentire ciò che palpita in fondo e recuperare i ricordi che credevamo perduti.

Spesso le verità si trovano nella narrazione di un'opera. Il fatto è che essa è vera nel "mondo possibile" di quella storia: Amleto non sposa Ofelia alla fine della tragedia sha-

atto, e porre le giuste distanze (in termini di consapevolezza o di prevenzione, non di paura), così da poterla osservare, studiare e gestire al meglio.

UN LEGAME SPECIALE

Proust aveva intuito il legame indissolubile che esiste tra malattia e morte, spiandolo amorevolmente giorno per giorno anzi, nel suo caso notte dopo notte, quando scriveva.

MALATTIA E SUBLIMAZIONE

La presenza della malattia in letteratura, rappresentata da alcuni autori come malattia del corpo o in altri casi come malattia morale, a volte assurge a valore simbolico e arriva a rappresentare il malessere della collettività e quello esistenziale che contagia l'animo.

Dopo la tubercolosi, metafora del malessere dell'animo nel corso del secolo scorso, si aggiungono il cancro, le malattie

mentali ed infine l'AIDS. Attraverso il processo di sublimazione, l'individuo esorcizza la paura e trascende dall'impossibile integrazione nella società.

La sublimazione, che si può raggiungere anche attraverso mezzi più semplici della scrittura o della creazione, si profila come strumento valido per migliorare la propria esistenza e non lasciarsi trascinare dalla miseria che la malattia comporta.

Egli ha affidato alla malattia alcune tra le più strazianti scene della sua opera monumentale, ma ha anche preso le distanze da quel diluvio dell'oblio e messo dei paletti contro un mondo perduto e un tempo sperduto, affinché la malattia più terribile non fosse la vita stessa.

TEMPO PERDUTO, TEMPO RITROVATO

Proviamo ad aprire la mente a un flusso di coscienza, dapprima irrazionale, assaporandone le sensazioni, poi proviamo a ricordare l'ora della buona notte di nostra madre, quando bambini, a letto malati, lei si avvicinava per somministrarci quel famoso cucchiaino di sciroppo che a tutti sarà capitato di prendere.

Il sapore è uno dei primi approcci alla cognizione di terapia: ci dobbiamo curare, se vogliamo guarire. Allora, la fiducia era illimitata. Oggi, si deve chiedere a se stessi la forza di continuare, e ritrovare le medesime ragioni di vita dal bacio di nostra madre.

Dicono che quel liquido salato che è il nostro sangue sia semplicemente la sopravvivenza interiore del primo elemento marino.

Allo stesso modo vale la pena di conservare, non soltanto nei tempi felici, ma anche nelle ore di depressione, il ritmo marino di quella linfa che un sieropositivo ha sentito

VERITÀ E FIDUCIA

In Proust, la maggior parte delle volte, la malattia è causa di un isolamento dal resto dell'umanità, e quindi dalla vita normale della produttività (tema che si svolge sin dall'inizio di *A la recherche du temps perdu*) attraverso la figura della zia del protagonista, Léonie, sempre rinchiusa nella propria camera.

Per un sieropositivo (ma anche per qualsiasi persona affetta da una patologia cronica) riconoscere la Verità della propria condizione è importante per poter chiedere al proprio animo uno sforzo in più: la Fiducia in se stesso.

Shakespeareana (Ofelia si uccide), Geppetto non muore mangiato dalla balena (è salvato da Pinocchio dopo esserne stati ingoiati).

Ma se vogliamo salvarci dallo spettro della cruda verità, dobbiamo avere fiducia in noi stessi e nei confronti dell'umanità. Solo così la nostra storia, il nostro romanzo personale, avrà il senso della sua ragion d'essere e ci arricchirà spiritualmente.

Tutti sono artefici del proprio status personale; ma, quando si parla di Hiv, tutti dovrebbero gettare le fondamenta della conoscenza su questa infezione, prenderne

intaccata dal subdolo avanzare di un virus infinitamente piccolo. È bene ritrovare nello scorrere del nostro sangue, trasparenza e purezza, forza e volontà.

Dobbiamo impedirci di guardare la condizione di sieropositivo come una condizione su cui mentire. A forza di mentire, si mente a sé stessi, si cessa d'accorgersene. Il nostro corpo ben comprende ciò che noi smettiamo d'intendere.

Ripercorrendo il tempo perduto, prendiamo atto d'un mutamento che scinde interamente il nostro aspetto di oggi da quello di ieri, e ci fa accettare per come siamo diventati.

MARCEL PROUST E LA RECHERCHE

Marcel Proust nacque a Auteuil il 10 luglio 1871 nella casa degli zii materni da una famiglia di origini alto borghesi.

Egli trascorrerà l'infanzia in un appartamento del boulevard Maesherbès n. 9, in un quartiere che giudicherà più tardi "uno dei più brutti di Parigi"; mentre le vacanze le passerà, con i genitori, sempre ad Auteuil, che sarà il modello di Combray nella Recherche.

In questa casa il piccolo Marcel è colpito a nove anni dalla sua prima crisi di soffocamento a causa dell'asma, giudicata dai medici di natura psicosomatica; la prima di una lunga serie che lo travaglierà fino a causarne la morte il 18 novembre 1922.

A la recherche du temps perdu è la sua opera più importante, l'unica ad annoverarlo tra gli scrittori più amati e studiati di tutti i tempi.



DELTA
rivista di informazione sull'HIV
n. 79, Autunno 2017

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 attraverso 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.

EUROPA: L'IMPEGNO DELLA COMUNITÀ

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

DONNE E HIV: NUOVE LINEE GUIDA OMS

In tutto il mondo, oltre metà delle persone che vivono con l'HIV è di sesso femminile. Fino al 2015, quasi 18 milioni di ragazze e donne hanno contratto il virus. Ed è il fatto che le donne siano spesso trattate diversamente in diversi ambiti della società, incluso quello sanitario, a renderle più vulnerabili all'infezione. Ma vivere con l'HIV può essere di per sé la base sulla quale si sviluppano discriminazioni ed esclusione.

E persino la violenza. In questo contesto problematico, fornire servizi per la salute sessuale alle donne con HIV è una sfida non facile: gli operatori sanitari sono spesso impreparati a gestire le particolari difficoltà delle donne sieropositive, se non sono essi stessi a trattare in maniera diversa e impropria le loro pazienti.

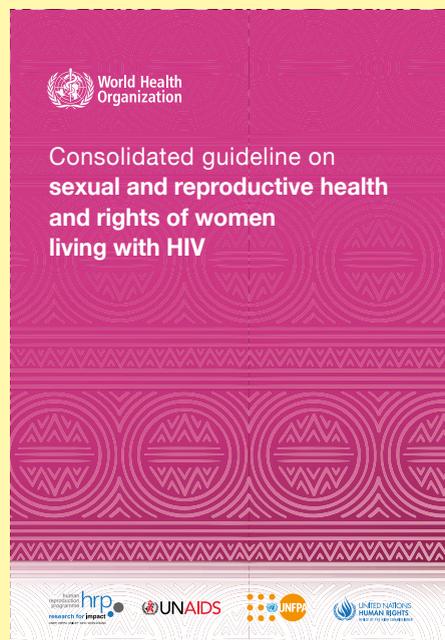
Per aiutare le autorità sanitarie a «pianificare, sviluppare e monitorare in maniera più efficiente programmi e servizi che promuovano l'uguaglianza di genere e i diritti umani in modo che siano più accettabili per le donne che vivono con l'HIV», l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato le **Linee guida per la salute sessuale e riproduttiva delle donne che vivono con l'HIV** (tinyurl.com/who-srhr-women-HIV).

Si tratta di un documento che nasce innanzitutto dai bisogni delle donne: prima della sua redazione, infatti, l'Oms ha promosso un grande sondaggio che ha coinvolto quasi mille donne di 94 paesi. Donne di diversa estrazione – eterosessuali, consumatrici di

sostanze, lavoratrici del sesso, transessuali, ecc. – che hanno fornito indicazioni chiare su quali siano i problemi che devono affrontare. A partire dalla violenza: l'89% delle donne che hanno partecipato alla specifica sezione del sondaggio hanno riferito di aver subito violenza, mentre ha avuto esperienza di soprusi il 100% delle donne che hanno partecipato alla versione in lingua russa del sondaggio. Impressionanti anche i dati sulla violenza reiterata.

Non si parla solo di stupro o sesso forzato, persino all'interno del sistema sanitario le donne con HIV possono subire maltrattamenti o ricevere servizi subottimali. Per questo le Linee guida includono due nuove raccomandazioni per aiutare le donne a dichiarare la propria condizione di sieropositività in modo più sicuro: non si può affrontare questo argomento senza tenere in considerazione che molte delle donne che stanno pensando di compiere questo passo hanno sperimentato o temono di subire violenza, anche da parte del loro partner.

Gli operatori che assistono le donne che intendono parlare della propria situazione nei loro contesti sociali devono discutere con loro delle possibili sfide e del rischio di subire violenza e suggerire strategie più sicure e una buona connessione con i servizi anti-violenza.



Un altro dato allarmante è riferito alla salute mentale: il sondaggio rivela alti tassi di depressione, ansia, mancanza di autostima. Per questo una sezione delle raccomandazioni suggerisce di creare interventi sull'empowerment e la *self-efficacy*, cioè la condizione per cui una donna può sentirsi fiduciosa della propria capacità di prendersi cura di sé stessa anche a livello sessuale e riproduttivo. Interventi che, secondo l'Oms, devono essere pianificati, realizzati e monitorati con il coinvolgimento sostanziale delle dirette interessate. Anche se – si precisa – «la responsabilità per la disponibilità di questi interventi spetta ai sistemi sanitari e non ricade esclusivamente sulle donne che vivono con HIV».

Naturalmente, è importante che le Linee guida non restino sulla carta ma siano ampiamente applicate: perché questo accada, l'Oms ha in programma diverse iniziative per divulgare le raccomandazioni e lavorare con gli operatori sanitari perché forniscano servizi più adeguati ai bisogni delle donne che vivono con l'HIV.

NON SI FERMA L'HIV IN EUROPA

È la prevenzione il punto debole negli sforzi per fermare la diffusione di HIV in Europa. A denunciarlo è lo European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) nel rapporto speciale sullo stato della risposta all'HIV nell'Unione europea più i paesi dell'area economica europea Norvegia, Lichtenstein e Islanda.

Il rapporto, che presenta dati aggiornati al 2015, evidenzia come in due terzi dei paesi dell'UE/EEA i fondi destinati alla prevenzione dell'HIV siano insufficienti: scarsa la promozione e distribuzione di condom, gli interventi sui comportamenti per la riduzione del rischio e ovviamente scarsissimo l'accesso alla profilassi pre-esposizione.

In questo modo, lamenta l'ECDC, è impossibile ridurre il numero di nuove infezioni. Nei 31 paesi presi in considerazione, nel 2015 sono state quasi 30mila le nuove infe-

zioni da HIV diagnosticate. Un numero che non vede variazioni significative negli ultimi 10 anni. A crescere sono soprattutto le diagnosi tra i maschi che fanno sesso con maschi ma anche i migranti restano un gruppo particolarmente vulnerabile: studi recenti dimostrano che nella maggioranza dei casi le persone che vengono da fuori l'Ue contraggono l'infezione dopo il loro arrivo, evidentemente a causa di una insufficiente copertura degli interventi di prevenzione diretti a questo gruppo.

A complicare ulteriormente la situazione, il fatto che quasi la metà delle diagnosi siano decisamente tardive: il 47% di chi ha scoperto di avere l'HIV nel 2015 aveva meno di 350 CD4, cioè ha passato un tempo più lungo in una condizione in cui potrebbe aver trasmesso ad altri l'infezione. Senza contare che per trattare chi ha una diagnosi tardiva occorrono farmaci ed esami diagnostici più costosi.

Il quadro che emerge dal rapporto, che fa parte del monitoraggio dell'applicazione della Dichiarazione di Dublino, evidenzia tuttavia alcuni passi in avanti: i Paesi in cui il trattamento viene iniziato indipendentemente dalla conta dei CD4 sono passati da quattro nel 2014 a 24 nel 2016.

Mancano ancora all'appello Belgio, Bulgaria e Lussemburgo, dove l'inizio è raccomandato a 500 CD4, mentre in Lituania e Lettonia le linee guida indicano ancora i 350 CD4 come soglia per l'inizio della terapia.

Questo fa sì che le persone con HIV in trattamento siano sempre di più e, in quasi nove casi su di dieci, raggiungano la condizione di soppressione virologica.

Tuttavia, se i dati riferiti dai 20 paesi che ne dispongono fanno stimare che l'89% delle persone in trattamento nella UE/EEA sia "undetectable", in quattro paesi – Austria, Portogallo, Grecia e Romania – questa proporzione è inferiore all'80%, con la Romania maglia nera in cui solo il 51% delle persone in trattamento risulta in soppressione virologica.

Va notato, infine, che secondo il rapporto il 17% delle persone che sono state diagnosticate con HIV non ha ancora iniziato il trattamento: tra le cause, linee guida obsolete, limitazioni legate ai budget sanitari, fattori



culturali e sociali e barriere politiche e legali. Questi ultimi costituiscono un ostacolo enorme soprattutto per i migranti senza documenti, ai quali metà dei paesi Ue/Eea non garantisce accesso alle cure. Almeno in questo l'Italia sta nella metà "buona".

I FARMACI ANTI-HCV SONO EFFICACI, ECCOME!

Lo European AIDS Treatment Group ha pubblicato una dichiarazione a supporto dell'efficacia ed affidabilità dei nuovi antivirali ad azione diretta (DAA) per l'epatite C.

La dichiarazione nasce in risposta a una pubblicazione della Cochrane, una organizzazione specializzata nella realizzazione di revisioni sistematiche della letteratura scientifica per la valutazione degli interventi sanitari.

Nella recente pubblicazione, gli "esperti" concludono che non possono «né confermare né negare che i nuovi DAA abbiano alcun effetto clinico», pur ammettendo che «sembra riducano il rischio che non ci sia una risposta virologica sostenuta».

Al di là del linguaggio contorto, la Cochrane sembra mettere in discussione che il miglioramento della salute delle persone che hanno eradicato l'infezione da HCV. Tanto che il *Guardian* ha pubblicato un articolo provocatoriamente intitolato "I farmaci 'mi-

racolosi' per l'epatite C che costano 30.000 sterline per paziente potrebbero non avere alcun effetto clinico". All'articolo hanno risposto diversi medici e pazienti, spiegando che la revisione della Cochrane «analizza studi clinici che per natura erano di breve durata e il cui solo scopo era di valutare l'efficacia virologica dei farmaci antivirali».

Gli studi non erano stati né disegnati né dimensionati in modo da valutare la mortalità, così che non sorprende che la revisione della Cochrane non sia riuscita a trovare alcun impatto su di essa».

Gli attivisti dell'EATG concordano che «la metodologia usata non è adatta per determinare l'efficacia del trattamento con DAA e inoltre ignora alcuni fattori chiave come la sopravvivenza e il miglioramento della qualità della vita dei pazienti curati dall'infezione cronica da HCV». Ma, soprattutto, l'EATG sottolinea che il report «trascura alcuni aspetti epidemiologici, come il fatto che curare l'infezione da HCV offre la possibilità di fermare l'epidemia e persino di eliminarla riducendo il numero di persone che vivono con il virus».

Il prezzo dei nuovi farmaci per l'HCV è ancora troppo alto in molti paesi, lamentano gli attivisti, ma «è tristemente dannoso e incauto che l'evidenza scientifica venga fraintesa, manipolata e male interpretata per sostenere argomenti politici ed economici che alla fine danneggiano la comunità dei pazienti e la salute pubblica». Il testo integrale della dichiarazione dell'EATG può essere letto sul sito www.eatg.org.

FRONTIERA DIFFUSA

LA CRIMINALIZZAZIONE DEL CONTAGIO DELL'HIV RIAPRE LA DISCUSSIONE SUI LIMITI TRA I DIRITTI DEL PAZIENTE E LE RESPONSABILITÀ INDIVIDUALI.

Una recente condanna penale in Spagna contro un uomo che aveva contagiato con il virus dell'HIV la sua partner ha riproposto il conflitto tra responsabilità individuale e libertà di scelta da una parte e la possibilità di condannare il contagio dall'altra. In alcuni paesi nascondere di avere l'HIV e non usare protezione nei rapporti sessuali è un reato punibile con carcere ed indennizzi.

Nonostante le legislazioni in proposito variano da un paese all'altro, il programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV (UNAIDS) considera che l'unico caso in cui si dovrebbero applicare leggi penali è quello del contagio intenzionale. E ciò, secondo il capitolo "Penalizzazione della Trasmissione dell'HIV", avviene quando la persona è a conoscenza della propria sieropositività e agisce con l'intenzione di trasmettere il virus.

Secondo UNAIDS, non vi dovrebbe essere rilevanza penale in quei casi in cui non esista un rischio significativo di trasmissione, in quelli in cui la persona non sapeva di essere

HIV positiva, non era a conoscenza di come si trasmettesse il virus e ha rivelato il proprio stato sierologico in situazioni di rischio o si sia astenuto dal dirlo per paura di una reazione violenta. Ma neanche contro chi abbia preso "ragionevoli misure" di protezione o abbia concordato preventivamente con l'altro un livello di rischio accettabile da entrambi.

UNAIDS ha inoltre raccomandato ai governi del mondo di derogare all'obbligo legale di rivelare il proprio stato sierologico in caso di operatori sanitari in quanto "chiunque ha diritto alla confidenzialità sulla propria salute e non si deve esigere per legge tale informazione, specialmente quando ci sia il rischio di stigmatizzazione o di discriminazione grave o di possibili violenze".

In Italia, il notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, sostiene che nessuno è obbligato a informare il proprio stato sierologico alla sua controparte sessuale "a condizione che si adottino tutte le precauzioni per scartare il rischio di trasmissione del virus".

Ciononostante, nella sfera intima, il problema trascende la legalità ed entra nell'etica personale. Al di là di quello che dicano le leggi, il quesito risiede nel dove finisce il dovere morale di informare l'altro e dove comincia la responsabilità e il dovere di ognuno di proteggersi. Sembra non vi siano dubbi sulle situazioni individuali in caso di relazioni casuali, ma che fare quando i rapporti occasionali evolvono verso una relazione di coppia?

È il caso dello spagnolo anzidetto e di tanti altri. Sapeva di essere portatore quando ha avuto il primo rapporto sessuale con la giovane che tempo dopo sarebbe diventata la sua partner. Dopo quattro anni di relazione, scoprì che era stata contagiata e sparse denuncia basandosi sul fatto che era stata ingannata. Lui si difese dicendo che l'infezione non si era manifestata e che riteneva di non essere contagioso.

È ovvio che nessuno può portare a propria difesa l'ignoranza, ma riguardo all'intenzionalità o alla premeditazione, esiste il principio inviolabile della presunzione di innocenza. E' anche per questo che UNAIDS ha raccomandato di "elaborare linee guida per limitare la discrezionalità di Polizia e Procura al momento di applicare" le leggi penali, dato che potrebbe diventare una pericolosa cassa di risonanza di stigmatizzazione e discriminazione.

L'attivista Edwin Bernard, coordinatore di HIV Justice Network, rete di informazione e consulenza legale sulla criminalizzazione dell'HIV in campo internazionale, ritiene che le legislazioni nazionali in materia dovrebbero essere orientate alla presa di coscienza e all'appoggio per eradicare l'infezione e non a quello della penalizzazione. Tale posizione coincide con quanto affermato da UNAIDS: "Gli unici casi in cui si deve applicare appropriatamente la legislazione penale è quando si può dimostrare l'intenzione e tali casi sono poco frequenti".

Bernard afferma: "Non dire di essere portatore del virus non equivale a voler contagiare" ed aggiunge che sono diversi i motivi per cui si tace quali emarginazione, violenza o negazione a se stessi della propria sieropositività. Tale argomentazione è ragionevole dalla prospettiva del portatore, ma sembra ovviare le ragioni e gli interessi dell'altro.

È certo che quando il sesso è consensuale e gli individui sono coscienti dei rischi, anche le responsabilità dovrebbero essere condivise. Ciononostante quando si tratta di una relazione di coppia in cui uno dei due sa di essere sieropositivo, anche questa verità, in vista di un impegno serio, dovrebbe essere condivisa. Chi salva la frontiera tra il diritto del paziente a non rivelare il proprio stato e il diritto dell'altro di conoscere il proprio partner?



OBESITÀ E FRATTURE: DUE FACCE DELLA STESSA MEDAGLIA?



È RISAPUTO CHE L'OBESITÀ È DI PER SE UN FATTORE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE, E CHE LA FRATTURA OSTEOPOROTICA AUMENTA IL RISCHIO DI UN EVENTO CARDIOVASCOLARE, MA QUAL È IL SOTTILE E COMPLESSO LEGAME EZIOPATOGENETICO CHE LEGA QUESTI DUE

FENOMENI, APPARENTEMENTE COSÌ DIVERSI? COMPRENDERLO SIGNIFICA DOVER RICONSIDERARE, IN PARTE, IL NOSTRO APPROCCIO CLASSICO AL RISCHIO CARDIOVASCOLARE, AGLI ALGORITMI TRADIZIONALI PER STIMARLO, E AL MONITORAGGIO E ALLA SUA PREVENZIONE.

LA CELLULA MESENCHIMALE E LA PLACCA ATEROSCLEROTICA

Per cercare di capire dobbiamo partire dalla cosiddetta "cellula mesenchimale" della parete vasale. La cellula mesenchimale totipotente è una cellula affascinante, perché può scegliere cosa diventare a seconda delle nostre necessità: un adipocita, un condroblasta, un osteoblasta o un mioblasta. Infettata dall'HIV questa cellula nell'endotelio tende a diventare un adipocita: questo fatto (una sorta di "obesità" all'interno dell'endotelio vasale) contribuisce evidentemente al rischio aterosclerotico, sommandosi agli altri fattori ben noti quali lo stato infiammatorio cronico HIV-relato e l'immunoattivazione.

Quindi è necessario trattare l'infezione da HIV da subito anche per questo motivo; al contempo, però, è necessario utilizzare schemi terapeutici che non aumentino a loro volta iatrogenicamente il rischio aterosclerotico. In particolare un ruolo importante in questo lo riveste il colesterolo LDL: sono infatti le LDL che, una volta ossidate, vengono fagocitate dai monociti (trasformati in macrofagi a costituire le cosiddette "cellule schiumose"), e costituiscono la base della placca aterosclerotica.

Alcuni farmaci, quali Atazanavir e Tenofovir, sono quelli che a oggi hanno i dati più solidi in questo senso. Inoltre, relativamente al citato processo di ossidazione, il noto effetto antiossi-

dante della bilirubina costituisce indubbiamente un ulteriore plus per Atazanavir, che lo differenzia in questo da tutti gli altri antiretrovirali.

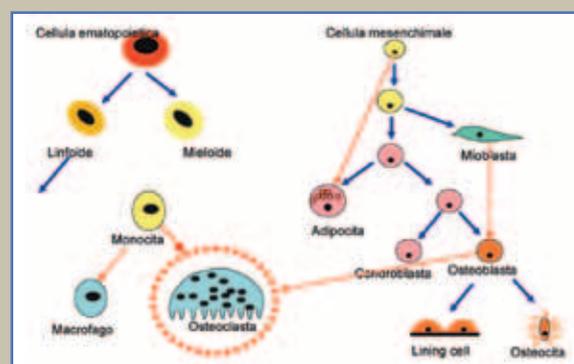
L'IMPORTANZA DELLO STUDIO DELL'ENDOTELIO

Molti degli infarti che avvengono nelle persone con infezione da HIV sono, però, quelli cosiddetti del "secondo tipo", vale a dire in assenza di placca aterosclerotica, dovuti essenzialmente a una disfunzione endoteliale. Appare, pertanto, necessario superare il tradizionale approccio ai fattori di rischio per la formazione della placca, e cercare invece di acquisire informazioni sullo stato dell'endotelio che, al momento, possono provenire soprattutto dallo studio dell'endotelio glomerulare, della vitamina D, e del metabolismo osseo.

Relativamente all'endotelio renale, è noto come la riduzione del filtrato glomerulare e la presenza di microalbuminuria, in quanto segnali di endotelite sistemica, ben correlino con un aumento del rischio cardiovascolare. Analogamente l'ipovitaminosi D, così frequente soprattutto tra le persone con infezione da HIV in terapia antiretrovirale, correla con un aumento dello spessore dell'intima-media carotidea, e sono emersi recentemente dati su come la corretta supplementazione con colecalciferolo lo riduca in misura importante.

Sempre relativamente all'importanza di mantenere una costante euvitaminosi D, è stato ultimamente presentato il dato di come l'ipovitaminosi D riduca l'effetto antilipemizzante delle statine, contribuendo così a un aumento del rischio cardiovascolare svincolato dallo spessore dell'intima-media carotidea.

Per quando concerne il metabolismo osseo, abbiamo imparato che all'interno dell'endotelio vasale i mioblasti, sotto l'influsso di innumerevoli fattori tra cui i lipidi e le alterazioni



del rapporto calcio/fosforo, cambiano fenotipo in senso osteoblastico, e parallelamente i monociti circolanti, oltre a divenire macrofagi (come abbiamo già evidenziato) sono in grado di differenziarsi, sempre all'interno dell'endotelio vasale, in osteoclasti.

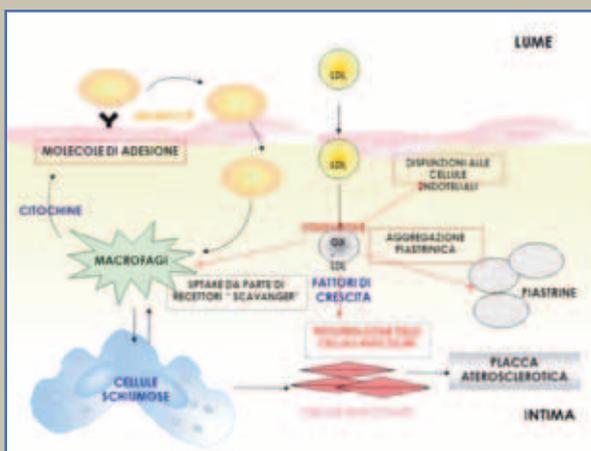
Questi due fenomeni portano conseguentemente ad un aumento della calcificazione intravasale, che è direttamente proporzionale alla riduzione della densità minerale ossea misurata con la DXA. Questo è il motivo principale per cui all'osteoporosi e alla frattura osteoporotica correla un pari aumento del rischio cardiovascolare e una riduzione dell'aspettativa di vita del paziente.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'aumento del rischio cardiovascolare è, pertanto, il filo comune che lega l'obesità e la frattura osteoporotica; il legame eziopatogenetico comune parte dalla cellula mesenchimale e dal monocita e coinvolge tutti i fattori implicati nell'alterazione dell'endotelio vasale.

Questa visione "olistica" del fenomeno ci impone di dover in parte riconsiderare il nostro approccio tradizionale alla problematica cardiovascolare, alla luce dell'evidente sottostima degli algoritmi comunemente utilizzati, e della necessità di trovare nuovi e più moderni strumenti di monitoraggio e di prevenzione.

Dr. Marco Borderi, U.O. Malattie Infettive, Bologna



OLTRE LE SBARRE...

DELLA GUERRA

NEI PAESI IN GUERRA ESISTONO REALTÀ INIMMAGINABILI, DOVE LE PAROLE INFORMAZIONE, PREVENZIONE E ASSISTENZA SPARISCONO NELLE CENERI DEGLI SCONTRI A FUOCO.

In Ucraina, nonostante se ne parli poco, c'è una guerra che si sta combattendo da più di tre anni con la secessionista Repubblica Popolare del Donbass, che sta mettendo in ginocchio la popolazione, con gravi conseguenze sull'incidenza dell'Hiv.

Dall'inizio del 2015 è in vigore una tregua (che fu accettata dalle parti durante i colloqui che si tennero a Minsk, capitale bielorusa, e che coinvolsero anche alcuni leader europei e la Russia), ma il conflitto tra soldati ucraini e separatisti filo-russi non si è mai fermato provocando morte e distruzione (ricordiamo anche la Georgia e la Cecenia).

UCRAINA, AIDS e DROGHE

C'è anche una guerra nella guerra in Ucraina, quella contro il traffico e il consumo di droga, che è causa scatenante di malattie come l'Aids, l'epatite C e la tubercolosi.

Basta addentrarsi nella periferia di Kiev per capire quanto le sostanze stupefacenti siano diffuse.

Le droghe sono prodotte negli appartamenti, trasformati in laboratori: krokodil (codeina estratta da farmaci), eroina, morfina, metanfetamine. Il rischio di trasmissione dell'Hiv è dietro l'angolo; le siringhe girano da un braccio all'altro, la droga è diluita con il sangue.

Secondo alcuni dati della Elena Pinchuk AntiAids Foundation, il crollo dei servizi sanitari, la rapida distruzione delle infrastrutture, l'assenza di terapie e la chiusura dei programmi di assistenza e prevenzione alle persone con Hiv, hanno portato a oltre 290mila il numero di sieropositivi in Ucraina.

Dopo il crollo del 25% nell'acquisto e nella distribuzione di preservativi nel 2014 (a causa della svalutazione della moneta ucraina), il sesso non protetto è diventato il primo motivo di trasmissione del virus dell'Hiv.

Non c'è scampo per nessuno; neppure per chi, come Ivan, un ragazzo che ha studiato in un rinomato liceo della capitale, con due anni di università alle spalle, è vittima delle conseguenze di uno Stato assente. Le droghe sono diventate la sua unica ragione di vita.

«Sono sieropositivo» dichiara Ivan. «Tutti i miei amici lo sono. Ma questa è la mia vita, vale poco, e non ho paura di perderla.»

Tutto questo a poche ore di volo dal nostro occidente che è raggiunto dai più abbienti, obbligati a fuggire da una situazione di guerra.

Le politiche sanitarie messe in campo nella lotta all'Aids si erano rilevate efficaci, dopo il picco registrato a metà degli anni '90, quando la crisi economica aveva prodotto effetti disastrosi sul PIL e, di conseguenza, sulle condizioni sociali di una buona parte della popolazione; ma gli scontri di questi ultimi anni rischiano di annientare tutti i risultati ottenuti finora.

Nella regione orientale del Paese, quella in guerra civile, si registrano i maggiori casi diagnosticati d'infezione da Hiv. I separatisti delle Repubbliche Popolari di Donetsk e Lugansk (che costituiscono il Donbass) hanno adottato tolleranza zero a droghe e alcol, con pene che variano dal carcere ai lavori forzati; ma l'eroina dilaga, a causa del controllo del mercato da parte dei grandi trafficanti, e affianca il *krokodil*, la droga di strada a basso costo in uso tra i tossicodipendenti della regione.

Si è creato così un netto peggioramento per tutta quella parte di popolazione che non può più contare sul servizio sanitario nazionale.

TRA GUERRA ED EMERGENZA SANITARIA

All'opposizione da parte delle forze separatiste si aggiunge l'esaurimento delle scorte di metadone nelle strutture ospedaliere in Ucraina orientale. Non è un dettaglio, visto che lo scambio di aghi infetti è la principale causa di diffusione dell'Hiv, dell'Hcv e delle MTS.

La decisione da parte del governo ucraino di bloccare supporto ai separatisti (ignorando le richieste di diverse associazioni umanitarie) rischia di far retrocedere il Paese indietro di venti anni, favorendo le condizioni per una nuova pandemia.

ALCUNI DATI POLITICI

La guerra dell'Ucraina orientale o guerra del Donbass, all'inizio fu indicata come rivolta (o crisi) dell'Ucraina orientale. È un conflitto in corso che ha avuto inizio il 6 aprile 2014, quando alcuni manifestanti armati, secondo testimonianze, si sono impadroniti dei palazzi governativi in alcune regioni. I separatisti chiesero un referendum riguardo allo status delle loro regioni all'interno dell'Ucraina, che si tenne l'11 maggio 2014. A prescindere dal referendum, il 6 aprile, sono due le Repubbliche che si sono proclamate indipendenti: la Repubblica Popolare di Doneck (Dpr) e la Repubblica Popolare di Lugansk (Lpr).

Esistono due schieramenti: da un lato Dpr e Lpr supportati dalla Russia; dall'altro l'Ucraina, supportata dalla Nato.

Poche settimane fa, a *Nemo – nessuno escluso*, programma Rai2 che racconta la realtà attraverso storie di persone, è stato trasmesso un servizio di Valentina Pettini e Gregorio Romeo con Sirio Rimossi dal titolo: "Donbass". Incentrato proprio in Ucraina dove si combatte questa guerra fantasma di cui i media non ne parlano e dove al fronte ci sono anche ragazzi italiani che hanno sposato la causa filo-russa.

LA CRIMEA

Da quando la Russia ha annesso la Crimea, inglobandola nella legge contro il metadone, molti tossicodipendenti sono ricorsi al centro di Kiev.

Lass, un'organizzazione no-profit (www.lass.org.uk/about/) denuncia la morte per overdose, suicidio o malattia di un numero elevato di cittadini che non riescono a raggiungere Kiev.

Il Fondo Globale per la lotta all'Aids, la tubercolosi e la malaria, ha già provveduto al pagamento dei medicinali (metadone e altre sostanze sostitutive).

Il governo di Kiev deve solo autorizzarne la distribuzione, ma il rischio è che le terapie si rivelino un fallimento, se la posizione russa avesse il sopravvento (circa il 55% dei nuovi contagi da Hiv diagnosticati in Europa, avviene proprio in Russia, scrive l'International Business Times, www.ibtimes.co.uk/why-are-hiv-rates-so-high-russia-1465212).

«Nel momento in cui è entrato in vigore il nuovo ordinamento, mi sono trovato a un bivio» afferma Gyorgy, uno dei pazienti giunti dalla Crimea, il quale ha iniziato a drogarsi a quindici anni, e ora ne ha trenta. *«La scelta era se smettere di drogarmi dall'oggi al domani o mettermi a cercare droga sul mercato nero...»*

Evgen è un altro dei pazienti venuti della Crimea. È di Yalta. Ha 59 anni, ma ne dimostra molti di più. Si droga da molti anni e ha assunto di tutto, anche eroina.

«So di gente che è rimasta in Crimea e che è morta. Io, anche se non avessi usufruito della possibilità offerta dall'Hiv-Aids Alliance, avrei trovato un modo per andarmene. Non c'entra solo la mia condizione di drogato. Il punto è che disapprovo la secessione della Crimea.

La mia patria è l'Ucraina.»

STORIE DI CONFINE

Natalia, dell'associazione Svitank, che a Kramatorsk, territorio controllato dall'Ucraina, offre assistenza alle persone con Hiv scappate dalla Repubblica Popolare di Donbass, dichiara che la guerra nell'Est del Paese ha avuto effetti devastanti sull'intera Ucraina.

Il numero dei contagi è in aumento; e questo si deve sia alle politiche repressive at-

tuate in Dpr che alla situazione al fronte, dove i soldati sono costretti a vivere per mesi separati dalle rispettive famiglie e sono inclini ad avere rapporti sessuali con prostitute senza usare precauzioni.

«Sono per lo più tossicodipendenti e prostitute che non hanno la possibilità di accedere al trattamento con antiretrovirali perché i rifornimenti sono stati bloccati dal governo di Kiev come rappresaglia nei confronti dei separatisti» sostiene Natalia la quale, assieme ad altri colleghi, porta in macchina una o due volte al mese, le medicine, facendo ore di fila ai check-point e al confine, e allungando mazzette ai soldati di frontiera, per poter rifornire di antiretrovirali Donetsk e Luhansk.

LA FUGA

L'epidemia da Hiv cresce e si espande di pari passo con il prolungarsi di una guerra che continua senza sosta a mettere in ginocchio il Paese.

Le persone abbandonano case e città per trovare rifugio oltre confine. Vi è più di un milione e mezzo di sfollati ucraini e di questi non si sa quanti siano sieropositivi, dove vadano e se facciano uso di sostanze stupefacenti. Manca il controllo da parte dello Stato Centrale.

Per quanto riguarda i profughi del Dombass e della Crimea, dove le politiche repressive contro i tossicodipendenti sono in vigore dal momento del referendum per l'annessione a Mosca, molti tentano di emigrare.

LO STIGMA

Anche per loro, non vi sono stime certe di quanti siano Hiv positivi e quanti tossicodipendenti, ma lo stigma nei confronti delle persone sieropositive in Ucraina è forte e chi ha l'Hiv è marchiato a vita.

«Quando la gente scopre che sei sieropositivo ti guarda male e trovare lavoro è quasi impossibile per persone come me» dichiara Andrei, Hiv positivo e tossicodipendente. *«Siamo scappati dalla Crimea perché per noi lì non c'era futuro. Se fossi rimasto non so se sarei sopravvissuto, senza la terapia non so se ce l'avrei fatta.»*

Anche se storicamente la comunità dei tossicodipendenti è sempre stata quella più a rischio in Ucraina, l'Hiv ha trovato terreno fertile per propagarsi in un Paese messo in ginocchio dalla guerra dove i più deboli sono relegati ancor più ai margini della società e destinati a essere le vittime di una situazione del rischio di blocco del sistema sanitario.





IAS2017

THE 9TH IAS CONFERENCE ON HIV SCIENCE
PARIS, FRANCE - 23-26 JULY 2017

HANNO PARTECIPATO OLTRE 6000 DELEGATI PRESENTANDO CIRCA 1700 LAVORI SCIENTIFICI. NUMEROSE LE NOVITÀ SUI FARMACI ANTI-HIV CON STUDI, ANCHE NEI PAESI A RISORSE LIMITATE, CHE DIMOSTRANO L'EFFICACIA DELLA TERAPIA SIA NEL TRATTAMENTO SIA NELLA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE. MOLTI GLI APPELLI, SIA DEL MONDO SCIENTIFICO SIA DELLE ASSOCIAZIONI, AFFINCHÉ

I FINANZIAMENTI ALLA RICERCA, L'IMPEGNO POLITICO GLOBALE, LA LOTTA ALLA DISCRIMINAZIONE E ALLA CRIMINALIZZAZIONE DELLE PERSONE CON HIV NON SI ARRESTINO PROPRIO ORA CHE CI SONO GLI STRUMENTI PER FERMARE L'EPIDEMIA. SUL TRATTAMENTO DELL'EPATITE C NELLE PERSONE COINFETTE HIV/HCV, SI APRE LA STRADA A SCHEMI FARMACOLOGICI DI ERADICAZIONE SEMPRE PIÙ BREVI.

NADIR FIRMA LA 'PARIS COMMUNITY DECLARATION'

Le persone con HIV sono più che semplici numeri. Nella dichiarazione vengono ribaditi e rafforzati i **principi di Denver** e quelli **GIPA** (*Greater Involvement of People Living with HIV*), che definiscono la community HIV come parte attiva e integrante nella lotta all'AIDS. Numerose le richieste a tutti gli attori (organizzazioni internazionali, governi, comunità scientifica, aziende farmaceutiche, donatori) per far sì che **l'epidemia finisca il prima possibile, utilizzando tutti i nuovi strumenti che la scienza ha messo a disposizione** (Rif.: <http://www.eatg.org/wp-content/uploads/2017/07/PCD-FINAL.pdf>).

BICTEGRAVIR/F/TAF

Sono stati riportati i risultati dei due studi registrativi di fase III sulla combinazione di **Bictegravir** - un nuovo inibitore delle integrasi (INSTI) di seconda generazione, senza potenziatore farmacocinetico e a elevata barriera genetica - associato in singola compressa a **Emtricitabina e Tenofovir alafenamide (B/F/TAF)**, nel trattamento di persone con HIV che iniziano la terapia.

Abbiamo chiesto ad Andrea Antinori*, tra gli autori degli studi, di riferirci gli aspetti salienti.

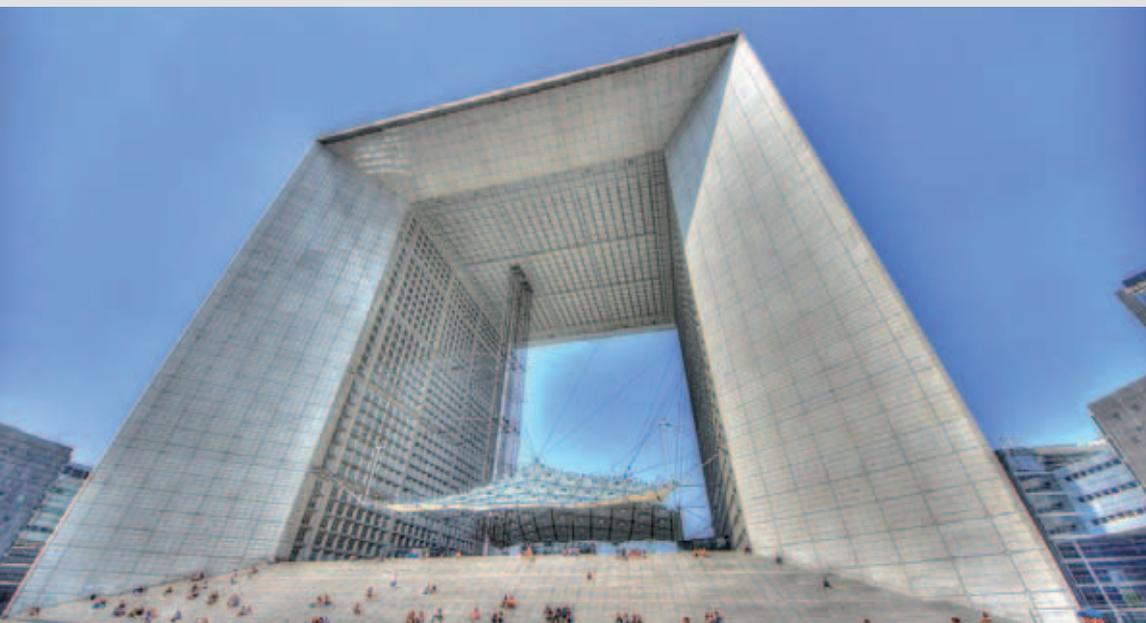
- Nel primo studio (GS-1498; Gallant J, abs MOAB0105LB), in un modello placebo-controllato, 629 soggetti naïve sono stati randomizzati (1:1) a ricevere B/F/TAF (50/200/25 mg) o DTG/3TC/ABC (50/300/600 mg). Dopo 48 settimane, **il 92.4% dei soggetti che assumevano B/F/TAF e il 93% di quelli che assumevano ABC/3TC/DTG, aveva valori di HIV-1 RNA <50 copie/mL** (differenza -0.6%; 95%CI -4.8 3.6; p=0.78), **con una piena dimostrazione di non-inferiorità.** Non è stata dimostrata alcuna differenza significativa nel confronto tra i due bracci di studio in merito a cambiamenti dei valori di densità minerale ossea (BMD), di filtrazione glomerulare renale (e-GFR), né nel profilo lipidico. In entrambi i bracci non si sono osservati casi di selezione di mutanti di HIV-1 resistenti e il tasso di interruzione per eventi avversi è stato, per entrambi i regimi, molto basso.

- Nel secondo studio (GS-1490; Sax PE, abs TUPDB0201LB), 645 soggetti HIV naïve sono stati randomizzati (1:1) a ricevere B/F/TAF (50/200/25 mg) o la combinazione di DTG + F/TAF (50 mg + 200/25 mg), sempre con il controllo placebo. Dopo 48 settimane si osservava la **non-inferiorità, con l'89.4% dei soggetti randomizzati a B/F/TAF e il 92.9% di quelli randomizzati a DTG/F/TAF con valori di HIV-1 RNA <50 copie/mL** (differenza -3.5; 95%CI -7.9% 1%; p=0.12). Anche in questo studio non si è verificata selezione di resistenza di HIV-1 al fallimento, né differenze significative tra i due gruppi in merito a cambiamenti dei valori di filtrazione renale (eGFR) o del profilo lipidico, con un tasso di interruzioni per eventi avversi, per entrambi i regimi, molto basso.

La combinazione in singola compressa di B/F/TAF si è dimostrata complessivamente non-inferiore rispetto a regimi contenenti Dolutegravir (combinato a ABC/3TC o F/TAF), su un ampio numero di persone con HIV che iniziano la terapia (n=1274), proponendosi come una nuova soluzione terapeutica efficace e sicura.

DARUNAVIR/C/F/TAF

Nello Studio EMERALD (Molina J-M, abs TUAB0101) di fase III su pazienti soppressi, in aperto, randomizzato e della durata complessiva di 96 settimane, **la singola compressa Darunavir/COBI/Emtricitabina/TAF** (n = 763) è stata confrontata con regimi a base di inibitori della proteasi con *booster*, associati a TDF/FTC (n = 378). L'analisi interinale a 24 settimane ha mostrato un **mantenimento della soppressione virologica nel 96,3%** di coloro che hanno iniziato il nuovo combinato versus il 95.5% di chi ha continuato il regime iniziale.



RALTEGRAVIR QD

Nello Studio ONCEMRK (Cahn P, abs TUL-BPEB20) su 797 pazienti naïve il farmaco a **somministrazione QD** (2 cp da 600 mg assunte assieme) si è dimostrato efficace a 96 settimane se confrontato con il tradizionale **dosaggio BID** (2 cp da 400 mg, 1 ogni 12 ore), in associazione con TDF/FTC (**VL < 40 cp/ML rispettivamente 81.5% vs 80.1%**).

DARUNAVIR/R + LAMIVUDINA

Presentati i risultati preliminari a 24 settimane dello Studio ANDES (O Sued, abs MOA-B0106LB) su 140 pazienti naïve randomizzati 1:1, che proseguirà fino a 48 settimane. **Tutti i farmaci utilizzati sono generici. Un'unica compressa contenente Darunavir, ritonavir a basso dosaggio e Lamivudina è stata confrontata con la tradizionale triplice terapia Darunavir/r + Tenofovir/Lamivudina (due compresse) dimostrando un'efficacia virologica paragonabile (analisi ITT VL < 400 cp/mL rispettivamente 95% vs 97%).**

Lo studio ha iniziato la seconda fase, ridisegnata e potenziata per la dimostrazione della non inferiorità e, secondo i ricercatori, potrebbe fornire ulteriore evidenza che in prima linea può essere sufficiente l'utilizzo di un regime terapeutico basato su Lamivudina, associata ad un farmaco ad alta barriera genetica.

CABOTEGRAVIR + RILPAVIRINA

Confermati a **96 settimane** i risultati dello Studio LATTE-2 (vedi approfondimento in questo numero): i due farmaci a lento rilascio somministrati ogni 4 o 8 settimane sono risultati **efficaci rispettivamente nell'87% e nel 94%** di coloro che erano già in soppressione virologica dopo il periodo di induzione (Eron J, abs MOAX0205LB).

DORAVIRINA

Nello Studio DRIVE AHEAD, in doppio cieco, di fase III su 734 pazienti naïve (364 per braccio dopo la randomizzazione), **la combinazione in singola compressa TDF/3TC/DOR, quando confrontata con la singola compressa TDF/FTC/EFV, ha mostrato un'efficacia virologica paragonabile tra i due bracci a 48 settimane (84% vs 81%)**, sancendone così la non inferiorità. Il profilo di tollerabilità, in particolare sugli effetti collaterali neuropsichiatrici e lipidici, si è rivelato nettamente migliore (Squires EK, abs TUAB0104LB).

COINFEZIONE HIV/HCV

Nello Studio di fase III EXPEDITION-2 **Glecaprevir/Pibrentasvir (G/P)** si è dimostrato efficace in 153 persone con HIV/HCV senza cirrosi o con cirrosi compensata indipendentemente dal genotipo. In particolare,



l'efficacia è stata provata con un trattamento a sole 8 settimane su 137 persone senza cirrosi che hanno raggiunto una SVR 12 del 98% (Lacombe K, abs MOAB0303). Inoltre, in una sotto-analisi dello Studio ENDURANCE-1 (700 pazienti), G/P si è dimostrato efficace (SVR 12) al 100% in persone con HIV e HCV, GT1, senza cirrosi, con una durata di trattamento di 8/12 settimane. La sotto-analisi presentata riguarda solo i 33 pazienti coinfecti dello studio (Puoti M, abs TUPEB0384).

COPPIE SIERODISCORDANTI

Nello Studio OPPOSITES ATTRACT (Grulich A, abs TUAC0506LB) su 343 **coppie gay sierodiscordanti** (partner con HIV 'undetectable', cioè a carica virale non rilevabile) **non si è riscontrato nessun caso di trasmissione di HIV in 16.889 atti sessuali di sesso anale**. Lo studio ha anche evidenziato che la presenza di un'altra infezione a trasmissione sessuale (nel 6% della casistica) non aumenta il rischio di trasmissione di HIV. Esso si è svolto in cliniche australiane, thailandesi (Bangkok) e brasiliane (Rio de Janeiro).

EVENTI CARDIOVASCOLARI

Nello Studio HEART tedesco sono stati confrontati eventi cardiovascolari, infarti e la sopravvivenza complessiva di persone HIV+, maschi e femmine, con quelli della popolazione generale di riferimento (controlli). La casistica ampia (oltre 500 persone con HIV) ha consentito di trarre conclusioni per sesso. In particolare, **i maschi con HIV hanno un'incidenza di eventi cardiova-**

scolari aumentata rispetto ai controlli senza HIV, nonostante un simile Score di Framingham (SF) al basale, mentre per contro le donne con HIV, a dispetto di uno SF aumentato, hanno simili eventi CV rispetto alle donne HIV-negative (Esser S, abs MOPBD0101).

VACCINO PREVENTIVO

La Johnson & Johnson ha presentato la fase precoce dello Studio APPROACH che, individuando un regime vaccinale preventivo con immunogeni 'a mosaico', ha indotto nel 100% dei 393 volontari sani una risposta anticorpale soddisfacente. Il regime è stato ben tollerato e gli immunogeni sono stati trasportati da vettori virali basati su *adenovirus serotype 26* (Ad26), combinati con proteine solubili (Clade C gp140) per formare un regime di *prime-boost*. Sono necessarie altre valutazioni per passare a una fase 2b 'proof of concept' (Schuitemaker H, sessione SUS22).

PREP: CABOTEGRAVIR

Nello Studio HPTN 077 (Landovitz L, abs TUAC0106LB) il farmaco a lento rilascio si è dimostrato ben tollerato ai dosaggi di 800 mg (2x2mL) e 600 mg (1x3mL) in persone senza HIV a basso rischio di infezione (uomini e donne). Il dosaggio a 600 mg IM ogni 8 settimane, dopo 4 settimane di induzione, è quello selezionato per gli studi di efficacia di fase III su persone a rischio.

**Il Dr. Andrea Antinori è Direttore UOC Immunodeficienze virali, Responsabile Area Dipartimentale HIV/AIDS, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Roma.*

nadir

ELIMINARE L'EPATITE C NELLE PERSONE CON HIV

I due virus insieme sono un pericolo per la salute

TOCCA A TUTTI!



**L'EPATITE C OGGI SI CURA!
INFORMATI**

Con il Patrocinio di



www.nadironlus.org

ANNO 2017

CAMPAGNA DI ERADICAZIONE DELL'EPATITE C NELLA POPOLAZIONE HIV POSITIVA

Associazione Nadir Onlus - Via Panama, 88 - 00198 Roma - CF: 96361480583 - PIVA: 07478531002

Progetto grafico e supervisione: David Osorio; Disegno grafico e illustrazioni: Simona Reniè; Stampa: Tipografia Messere Giordana, Roma



Campagna resa possibile grazie al contributo incondizionato di **abbvie**

Obiettivo: ERADICAZIONE

Nadir ha lanciato una campagna mirata all'eliminazione del virus dell'epatite C nella popolazione HIV positiva.

L'obiettivo dell'eradicazione oggi è possibile grazie ai farmaci innovativi e richiede la stretta collaborazione tra medici, pazienti e istituzioni.

Da qui **TOCCA A TUTTI!**, titolo della campagna, che allerta sull'importanza della salute del fegato e sui rischi derivanti dalla presenza dei due virus.

TOCCA A TUTTI! è composta da un libricino, reperibile nei centri di malattie infettive, diviso in due parti:

- **Fai il test per l'HCV**, per sensibilizzare le persone sui rischi legati all'epatite C, a volte asintomatica;
- **Hai l'HCV**, per spiegare l'importanza di accedere alla cura il prima possibile, descrivendo anche le precauzioni da prendere dopo il periodo di cura.

Infine, è stato elaborato un poster da esporre nei centri clinici che sintetizza gli aspetti principali della campagna e che ricorda l'importanza di parlare dell'**epatite C** con il medico.

Ulteriori informazioni sul nostro sito: www.nadironlus.org

