



Dieci anni fa, in un contesto in cui una rivista di informazione sull'HIV ideata da un'associazione di pazienti creava molte perplessità, è nata Delta. Gli ostacoli, non pochi, sono stati affrontati ubbidendo all'obiettivo che ci stava a cuore: fornire uno strumento di informazioni chiare e dirette per conoscere un'infezione che da mortale si cominciava a proporre come cronica. Al lavoro congiunto con la comunità scientifica, con le associazioni e con le persone coinvolte nella problematica, siamo arrivati, in 50 numeri, a proporre una panoramica esauriente degli aspetti legati all'HIV per servire di supporto a chi doveva convivere, lavorarci ed essere informato sullo scenario presente e futuro. Abbiamo cercato di tradurre i concetti scientifici in un linguaggio accessibile per facilitare la comprensione delle novità e dei cambiamenti che, nel caso dell'HIV, avvengono con più velocità di quanto non si verificano in altre patologie: il virus e il danno immunologico, le malattie opportunistiche e le coinfezioni, efficacia, limiti e complicanze delle terapie antiretrovirali, così come gli aspetti psicologici, sociali e di politica sanitaria che aiutano a conservare, difendere o recuperare il ruolo dignitoso che spetta ad ogni essere umano nel suo contesto.

Ringraziamo i lettori che ci hanno supportato in questi anni e quelli che attraverso una comunicazione costante ci aiutano a capire necessità e carenze da far emergere e le contraddizioni da denunciare nello scenario dell'HIV in Italia. Con Voi celebriamo il numero 50 di Delta.

2 RIASSUNTO DELLE  
ATTIVITÀ DI NADIR

3 SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

4 BREVI

6 MIND YOUR MIND

8 CROI 2010

10 VITAMINA D: LA VITAMINA DEL DECENNIO

12 TRUE BLOOD: VAMPIRO E GENTILUOMO...

14 VIRUS SENZA PERMESSO  
DI SOGGIORNO

16 RIMEDI NATURALI

18 POSIT

20 HIV E... GRAVIDANZA

# ...DELTA 50

## RIASSUNTO DELLE RECENTI ATTIVITÀ SVOLTE DALL'ASSOCIAZIONE E DALLA FONDAZIONE

DELTA N.50 - ESTATE 2010

### DELTA

Ora trimestrale, si propone come punto di incontro tra le esigenze delle persone sieropositive e la comunità scientifica nazionale ed internazionale utilizzando un taglio "scientifico-culturale". Approfondisce tematiche riguardanti il trattamento dell'infezione da HIV/AIDS e patologie correlate (HBV, HCV, HPV, ecc.) rivendicando il ruolo attivo che il paziente deve svolgere nelle scelte terapeutiche riguardanti la propria salute, con particolare attenzione agli effetti collaterali, approcci terapeutici, studi, standard di cura e qualità della vita.

### NADIRPONTE

Nasce nel 2008 ed è uno strumento per trasmettere in modo semplice e comprensibile alcuni concetti scientifici talvolta complessi. Intende stabilire un raccordo tra i risultati della ricerca e la loro applicabilità nella pratica clinica in campo diagnostico, terapeutico e/o farmacologico, quale chiave del successo clinico a lungo termine. È rivolto a persone con HIV, medici, associazioni, operatori del settore e a chiunque sia interessato. Quest'anno, realizzate le serie HIV & Your Body e MIND your MIND.

### SITO WEB

[WWW.NADIRONLUS.ORG](http://WWW.NADIRONLUS.ORG)

Dedicato all'informazione su tutte le tematiche in cui l'associazione opera: trattamenti antiretrovirali, ricerca clinica, temi di carattere sociale, culturale, politica sanitaria. Segnala anche le iniziative di altre associazioni di lotta all'AIDS. È un punto di riferimento per le problematiche del mondo HIV/AIDS e contiene tutti i progetti di Nadir.

### PUBBLICAZIONI

Nadir è stata editore di varie pubblicazioni ad uso diretto dei pazienti, ma anche degli operatori del settore (medici, infermieri, counsellors, associazioni). Questi i principali temi toccati:

- Interazioni farmacologiche dei farmaci anti-HIV;
- Effetti collaterali ed eventi avversi dei farmaci anti-AIDS;
- Resistenze/mutazioni farmaco-associati nell'HIV;
- Utilizzo di antiacidi in HIV;
- Gestione a lungo termine della terapia nell'HIV;
- Gestione della lipodistrofia HIV-correlata (tra cui Liponews, in italiano e spagnolo);
- Aspetti psicologici e psichiatrici HIV-correlati;
- Consigli sull'alimentazione e stili di vita per la persona con HIV;
- Epatite C & HIV: curare l'HCV come base per il futuro della persona con HIV;
- Guida per chi inizia la terapia contro l'HIV;
- Qual è la giusta terapia per me?
- HIV e gravidanza;
- "Azzerare" la carica virale oggi si può...si deve!
- Poster e tascabili comprendente tutti i farmaci antiretrovirali in commercio in Italia;
- La comunicazione medico-paziente;
- Varie Card per informare i pazienti sulla modalità di assunzione di alcuni farmaci.

### CAMPAGNE

DI COMUNICAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE

**Non Ignorare l'HIV**, prevenzione attraverso il test e informazione sulla terapia, svolta su testate giornalistiche di tiratura nazionale negli anni 2006, 2007, 2008, in occasione del 1° Dicembre, giornata mondiale dell'AIDS.

**www.lipodistrofia.info**, video e sito informativi sull'esistenza della lipodistrofia, atti a promuovere la propositività del paziente nei confronti del medico curante.

**HIV: oggi la partita è più semplice**, video sull'esistenza di terapie più semplici da assumere e meno tossiche, che sensibilizza il paziente a diventare protagonista della sua salute intervenendo direttamente nel rapporto medico-paziente.

**HIV: combattiamolo sul tempo**, poster di sensibilizzazione sulla profilassi post-esposizione.

**HIV: sapere salva la vita!** - sito e video diffusi via internet sull'importanza di conoscere il proprio stato sierologico: [www.testhiv.it](http://www.testhiv.it)

**MIND YOUR MIND!** - sull'importanza della salute mentale.

### NADIRNOTIZIE E NADIRPOINT

Sono due mailing list (la prima ad ampio target, la seconda più istituzionale) in grado di raggiungere in modo capillare associazioni, centri clinici, medici, istituzioni, agenzie di stampa, e singoli individui interessati alle tematiche proprie dell'associazione.

### SEMINARI

Dal 1999 ad oggi, inizialmente molto frequenti, ora annuali, coinvolgono le associazioni territoriali e le altre associazioni nazionali, nonché rappresentanti del mondo scientifico, dell'industria e delle istituzioni per affrontare di volta in volta tematiche emergenti.

### STUDI CLINICI E RICERCA

**POSIT** - Popolazione Sieropositiva Italiana: rilevazione epidemiologica pluriennale avente come target di rilevazione il medico infettivologo, svolta in collaborazione con Edge Consulting, il cui scopo è fotografare l'epidemiologia delle persone con HIV/AIDS per meglio direzionare gli approcci di intervento sia di prevenzione che di diagnosi/cura.

**SNODO**: studio clinico, prospettico, randomizzato, multicentrico su popolazione HIV-positiva nel quale si esplora la sicurezza e la tollerabilità di nevirapina a somministrazione

di una volta al dì su popolazione pre-trattata.

**OLIMPIQ**: studio prospettico, osservazionale, multicentrico mirante a valutare i parametri di qualità della vita in pazienti che modificano la terapia antiretrovirale da un regime contenente NNRTI a un regime contenente LPV/r (gruppo A) o che iniziano una terapia con un regime contenente LPV/r (gruppo B).

**BREAK**: studio clinico, prospettico, monocentrico, su popolazione HIV-positiva. Si esplorano regimi antiretrovirali di man-

tenimento (lamivudina, emtricitabina) su popolazione pre-trattata con determinate mutazioni al basale.

**MULTIFACTORS BACK**: studio osservazionale, multicentrico, paziente-centrato su popolazione HIV-positiva. Si esplorano modalità di ottimizzazione di regimi antiretrovirali semplificati (alcune molecole) in commercio in Italia su popolazione pre-trattata, in un'ottica paziente-centrata, per valutare tollerabilità, tossicità, efficacia, aderenza, qualità della vita di alcuni regimi.

# SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA: DATI ATTUALI E STIME

## COLLOQUIO CON MARIO BRUZZONE, AREA 4 - U.O. PREZZI E RIMBORSO, AIFA

tratto da CARE regioni,  
supplemento, nov-dic 2009

- **Dottor Bruzzone, ci descrive la situazione attuale e prospettica della spesa farmaceutica ospedaliera in termini assoluti e relativamente al tetto di spesa fissato?**

Il monitoraggio della spesa ospedaliera del primo semestre del 2009 ha indicato in circa 2180 milioni di euro la spesa ospedaliera per l'utilizzo di farmaci all'interno delle strutture pubbliche. Rispetto al tetto prefissato, pari al 2,4% del finanziamento dello Stato, lo sfondamento sfiora nel primo semestre i 900 milioni di euro. A fine anno, è ipotizzabile una eccedenza di spesa di 1745 milioni di euro.

- **Esistono categorie terapeutiche e realtà regionali per le quali si registra una maggiore criticità?**

In media l'incidenza della spesa sul finanziamento si colloca intorno al 4,1% contro il 2,4% programmato. Ovviamente vi sono Regioni la cui spesa ospedaliera è di molto superiore al limite prefissato. Sardegna, Toscana, Umbria, Puglia, Friuli e Piemonte risultano in questa fascia. Sicilia, Emilia-Romagna, Veneto, Liguria, Lazio e Marche si pongono in linea con la media nazionale. Le restanti Regioni registrano una incidenza di spesa inferiore alla media. Per quanto riguarda le categorie terapeutiche si può constatare una forte concentrazione della spesa; le prime cinque classi di farmaci incidono per oltre il 30% della spesa e le prime 13 in valore assoluto sono responsabili del 50% della spesa complessiva. Lo sfondamento appare generalizzato per quanto di entità differenziata nelle diverse realtà regionali.

- **Quali le principali determinanti di questo quadro (sottostima del tetto, inefficienze gestionali, incremento inatteso dei bisogni di salute)?**

Nel definire il livello della spesa farmaceutica ospedaliera rispetto alle risorse disponibili, la norma non tiene sufficientemente conto che le realtà regionali si differenziano

considerevolmente tra loro. Ad esempio la presenza sul territorio di strutture pubbliche rispetto al ricorso a strutture convenzionate, oppure l'organizzazione specifica di ciascuna struttura ospedaliera in divisioni e reparti più o meno complessi e onerosi, il relativo bacino d'utenza rendono non rappresentativo un rapporto medio nazionale. Affinché un criterio di incidenza di spesa sia univocamente definito, nel nostro caso il 2,4% di spesa del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), occorrerebbe che il "sistema ospedale" fosse omogeneamente rappresentato su tutto il territorio. Ma così non è. Ciò detto, appare comunque evidente che una sofferenza generale per rispettare il tetto di spesa è indice anche di inefficienze gestionali e forse, in alcuni casi, di sottostime dei bisogni effettivi.

- **Quali sono gli strumenti di regolazione centrale e regionale utilizzabili in un'ottica di razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera?**

È indubbio che gli strumenti più efficaci nell'immediato per contenere la spesa ospedaliera sono quelli che si adottano tenendo conto delle specificità locali piuttosto che interventi centralizzati. Ad esempio riduzioni di prezzo generalizzate o insprimento della scontistica ospedaliera in sede negoziale trovano limiti oggettivi nelle gare di appalto o nei Prontuari ospedalieri. L'AIFA però ha sempre ritenuto fondamentale avere una centralità nei processi decisionali per evitare una frammentazione dell'attività regolatoria e rendere l'accesso ai farmaci innovativi omogeneo su tutto il territorio, senza distinzioni. Si delineano così due linee di intervento: una affidata all'autonomia regionale intesa a reprimere le inefficienze di sistema (acquisti centralizzati, maggior ricorso a farmaci equivalenti, farmaci biosimilari, ecc.), l'altra tesa a condividere con le Regioni informazioni su consumi e costi, sull'uso appropriato di farmaci a maggior costo, sull'analisi HTA (Hospital Based Analysis). In questo ultimo senso, ad esempio, pensiamo che possa essere un notevole valore aggiunto la possibilità offerta dall'AIFA alle singole Regioni di monitorare la spesa e l'accesso dei nuovi farmaci oncologici negoziati, attraverso un sistema di condivisione del rischio (risk share). Infatti, in tale situazione, ciascun ospedale paga il farmaco solo per i pazienti responder. Con

un duplice vantaggio: un vantaggio finanziario, perché non paga inutilmente per i pazienti che non ne traggono beneficio; un vantaggio terapeutico, perché vi è una costante verifica di chi, come e per quanto tempo possono definirsi i responder e i relativi benefici acquisiti.

- **Con quali meccanismi le Regioni saranno chiamate a ripianare gli sforamenti e quali le implicazioni di un eventuale mancato ripiano?**

La legge 222/2007 al riguardo è assolutamente chiara. Innanzi tutto dispone che non è tenuta al ripiano dello sfondamento la Regione che registra un equilibrio economico complessivo. Si specifica poi che la Regione può ripianare con misure di contenimento di farmaceutica ospedaliera, ma anche su altre voci di spesa ospedaliera o altre voci di spesa del Servizio Sanitario regionale e infine anche con copertura di altre voci del bilancio regionale non sanitarie.

- **Il "decreto Abruzzo" e il "decreto anti-crisi" hanno inciso negativamente sulle risorse aggiuntive disponibili. Questo ha in qualche modo avuto e/o potrà avere ripercussioni sulla capacità delle Regioni di coprire finanziariamente farmaci ospedalieri?**

La riduzione delle risorse finanziarie per il Servizio Sanitario disposta nel DL 38 ovviamente riduce complessivamente la spesa farmaceutica ospedaliera. Il decreto anticrisi non tocca comunque il tetto del 2,4% della spesa ospedaliera; da ultimo è però bene ricordare anche che nel patto Stato-Regioni del 23 ottobre il FSN è stato notevolmente incrementato.

- **Per concludere, dottore, in base ai dati a oggi disponibili, quali sono le sue previsioni/aspettative sugli andamenti di spesa ospedaliera e sui relativi sforamenti nel 2010?**

La spesa farmaceutica ospedaliera registra incrementi annui del 10-15%. Di contro, le risorse disponibili per questa voce di spesa rimangono sostanzialmente stabili o con incrementi di pochi punti percentuali. Se non si interviene drasticamente per contenere la spesa o per innalzare il finanziamento, il rapporto tra queste due voci inevitabilmente tenderà a crescere con evidenti rischi di inadeguata copertura assistenziale.



## IL MINISTERO DELLA SALUTE GESTIRÀ LA DELEGA DEL FEDERALISMO FISCALE

Lo ha annunciato il sottosegretario alla Salute Francesca Martini durante un convegno organizzato dalla Fondazione Bracco sulla medicina di genere. Martini ha parlato di questa delega in riferimento alla questione delle Regioni 'in rosso' con i bilanci della sanità, e oggetto di piani di rientro.

"Io e il ministro della salute Ferruccio Fazio - ha detto il sottosegretario - saremo vicini grazie a questa delega a tutte le realtà naziona-

li", perché il federalismo in sanità "sia messo in pratica correttamente e ovunque".

L'obiettivo ultimo è quello di raggiungere un buon livello di prestazioni sanitarie in tutte le Regioni, senza penalizzare né i pazienti né i medici che ci lavorano: "I bravi medici ci sono dappertutto - conclude la Martini - e hanno diritto di lavorare bene ovunque".

Sanita.news 8 marzo 2010

## LA CINA ABOLISCE LE RESTRIZIONI AGLI STRANIERI CON HIV

Il Governo Cinese ha abolito le restrizioni di viaggio alle persone con HIV.

"Questo è un passo significativo nella giusta direzione", ha detto Margaret Chan, direttore generale dell'OMS. "Tale decisione dovrebbe ispirare altre nazioni a cambiare le leggi e le politiche che continuano a discriminare le persone che vivono con l'HIV".

Più di 50 paesi infatti hanno ancora leggi e restrizioni che aggravano l'emarginazione delle persone affette da HIV.

"Le politiche che aiutano a eliminare la discriminazione aiutano anche a prevenire la dif-

fusione della trasmissione", ha detto Chan.

L'annuncio della Cina sarà divulgato all'apertura della Expo di Shanghai il 1° maggio.

Per ulteriori informazioni, contattare:

Christy Feig Direttore del Dipartimento delle comunicazioni, l'OMS di Ginevra Telefono: +41 22 791 30 75, Cellulare: +41 79 251 70 55,

E-mail: feigc@who.int

Tunga Namjilsuren Team leader, le comunicazioni, l'HIV/AIDS, OMS Ginevra Telefono: +41 22 791 10 73, Cellulare: +41 79 203 31 76,

E-mail: namjilsurent@who.int

## ALLARME "SPICE": DROGA DIECI VOLTE PIÙ POTENTE DELLA CANNABIS

Si chiama spice o genie la nuova droga chimica e molto pericolosa che spopola fra gli adolescenti e che deriva da un miscuglio di sostanze di sintesi e spezie dagli effetti stupefacenti. Lo hanno confermato i test condotti dai tossicologi americani della Saint Louis University, Missouri; su 30 teenager che avevano fumato questi spinelli sono stati individuati effetti collaterali come allucinazioni, vomito, stati di agitazione, ipertensione, probabili danni al sistema cardiocircolatorio e al sistema nervoso.

Venduta come incenso, la 'spice' è composta

da una sostanza 10 volte più psicoattiva del Thc, il principio attivo della marijuana. Brevettata in America negli anni '90 da uno studioso dei ricettori cannabinoidi, John Huffman, con il nome di Jwh-018, la sostanza è stata studiata per le sue proprietà analgesiche, salvo poi individuare un'azione simile e più potente di quella della cannabis.

Sanita.news 10 marzo 2010



## FUMO E RISCHIO DI POLMONITE BATTERICA

La polmonite batterica resta una causa significativa di morbidità e mortalità in soggetti con HIV/AIDS. Responsabile del 5% dei decessi. Nelle persone sieropositive, la prevalenza del tabagismo è molto alta, circa il 50%, superiore rispetto alla popolazione generale che è del 27%. Uno studio francese ha esaminato gli effetti della cessazione del fumo sul rischio di polmonite batterica e le sue variazioni a seconda della importanza di deficienza immunitaria. Sono stati inclusi più di 3.376 pazienti. L'incidenza della polmonite batterica è di 12 per 1.000 pazienti/anno, nei fumatori è di 15 per 1.000; il tasso scende a 7,9 per 1.000 negli ex fumatori e al 5,9 per 1.000 tra i non fumatori. L'incidenza aumenta significativamente nei pazienti la cui conta dei CD4 è inferiore a 350 cellule/mm3: si tratta di 28,8 per 1.000 pazienti/anno quando il conteggio dei CD4 è inferiore a 200 cellule/mm3, del 16,5 tra 200 e 349 cellule/mm3 e 7,7 quando il tasso è maggiore o uguale a 350 cellule/mm3. Lo studio dimostra anche che il 59% di episodi di polmonite sono stati diagnosticati durante un'epidemia di influenza stagionale. Per concludere il beneficio di cessazione del fumo è ampiamente dimostrato nella prevenzione di questa malattia nel paziente sieropositivo.

Fonte: ANRS 10/2

## IMPATTO DELLA SIFILIDE E HIV TRA GLI OMOSESSUALI: LETTERA DEL CDC

Il CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ha presentato una nuova analisi per il 2010 al National STD Prevention Conference sottolineando l'impatto sproporzionato di HIV e sifilide tra gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini negli Stati Uniti.

Sulla base di indagini a livello nazionale, le MSM comprendono il 4% della popolazione

americana maschile e il 2% della popolazione totale degli Stati Uniti dai 13 anni in su. Informazioni più dettagliate su questa analisi sono disponibili sul sito <http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/msmpressrelease.html>. Bisogna garantire alle persone più colpite dall'epidemia accesso a informazione e prevenzione.

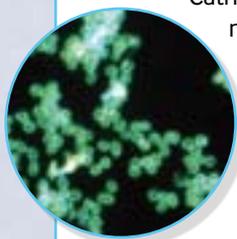
La trasmissione attraverso il sesso anale e il

numero di partner sessuali non è l'unico fattore che contribuisce ad aumentare l'infezione. Responsabili sono anche la discriminazione, la povertà e le diversificazioni culturali. Bisogna diminuire lo stigma ed eliminare l'omofobia.

Jonathan H. Mermin, M.D., M.P.H.

Direttore Divisione di HIV / AIDS Prevention

## LA GONORREA RISCHIA DI DIVENTARE IL NUOVO "SUPERBATTERIO"



Catherine Ison, specialista di gonorrea dalla Britain's Health Protection Agency dice che si tratta di un batterio molto intelligente e se il problema non verrà affrontato vi è una reale possibilità che diventerà un'infezione molto difficile da trattare.

La gonorrea è un'infezione batterica comune sessualmente trasmissibile che può portare alla malattia infiammatoria pelvica, alla gravi-

danza ectopica e all'infertilità nelle donne.

La più alta incidenza di gonorrea avviene nel sud e sud-est asiatico e nell'Africa sub-sahariana. L'OMS stima che in questo periodo vi siano oltre 340 milioni di persone infettate con gonorrea, sifilide e clamidia tra i 15 e i 49 anni.

Il trattamento nella maggior parte dei paesi è costituito da una singola dose di antibiotico. Il principio più efficace al momento sembra essere il ceftriaxone. Ma i ceppi di gonorrea stanno cominciando a diventare resistenti e

potrebbero presto diventare impermeabili a tutte le attuali opzioni di trattamento antibiotico. Il modo migliore per tentare di ridurre il rischio - al di là dell'uso dei preservativi - sarebbe quello di trattare la gonorrea con due diversi antibiotici contemporaneamente.

L'OMS ha già emesso un comunicato ove afferma che la gonorrea entro pochi mesi sarà resistente a tutti gli antibiotici attualmente commercializzati.

<http://www.reuters.com/>

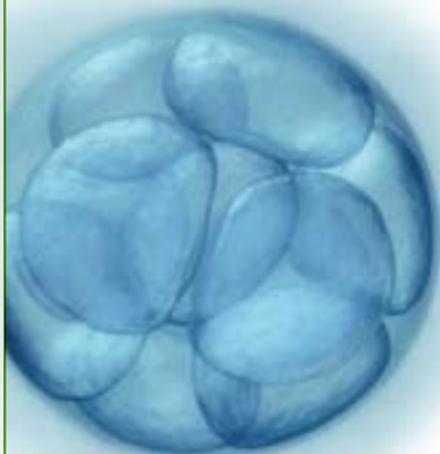
TERAPIA

### IP E TRASMISSIONE VERTICALE

Quando l'infezione da HIV non è avanzata, la trasmissione madre-figlio può essere evitata senza mettere la madre a rischio di resistenza ai farmaci.

La Dottoressa Gingelmaier della Clinica di Malattie Infettive di Monaco propone un regime a base di inibitori della proteasi somministrato per un breve periodo durante la gravidanza senza comportare mutazioni o resistenze ai farmaci.

36 donne con infezione da HIV in gravidanza sono state sottoposte a tale trattamento. Nessuna ha sviluppato nuove mutazioni di resistenza e nessuno dei neonati ha contratto infezione da HIV.



Il dottor Maurizio Zazzi dell'Università degli Studi di Siena osserva, in un editoriale, che nei paesi occidentali, "Si utilizzano terapie con inibitori della proteasi nelle donne in gravidanza HIV positive", ma aggiunge anche che: "Il quadro sarebbe diverso per le donne incinta con le fasi più avanzate della malattia.

La sfida è quella di esportare tale metodo nei paesi a basso reddito, come nell'Africa sub-sahariana dove si verificano oltre il 90% delle infezioni madre-figlio".

*Clin Infect Dis, 15 marzo 2010*

### ART E ALTRE MST

Le persone che credevano che avere una carica virale non rilevabile in terapia antiretrovirale riducesse il rischio di trasmettere l'HIV, hanno una maggiore probabilità di avere un'infezione a trasmissione sessuale secondo uno studio statunitense, pubblicato su HIV Medicine.

Gli autori dello studio, dell'Università del Connecticut, dicono che ogni tentativo di estendere l'uso del trattamento dell'HIV per scopi preventivi dovrà affrontare la contagiosità e aggressività delle infezioni sessualmente trasmesse (MST).

Le MST aumentano il rischio di trasmissione da una persona con HIV in vari modi:

- HSV-2, la causa di herpes genitale, aumenta spargimento virale, in particolare da lesioni.
- La carica virale può aumentare durante le prime fasi dell'infezione da sifilide.
- Gonorrea, clamidia e uretrite possono aumentare lo spargimento virale nel tratto genitale.

Tuttavia:

- Le persone con HIV che assumono farmaci antiretrovirali hanno meno probabilità di infettare i loro partner sessuali

durante il sesso non sicuro.

- Trattamenti contro l'HIV rendono più accettabile il sesso non protetto.
- È più sicuro fare sesso con il preservativo anche se la carica virale non è rilevabile.
- Le persone con una carica virale non rilevabile non devono preoccuparsi tanto di essere contagiose.

Le MST più frequentemente diagnosticate sono l'herpes genitale, la sifilide, la clamidia e la gonorrea. Poco meno di tre quarti sono state diagnosticati dopo la diagnosi da HIV.



*Ref: Kalichman SC et al. Infezioni trasmesse sessualmente tra le persone affette da HIV/AIDS: implicazioni per il trattamento e la prevenzione dell'HIV. HIV Medicine (pubblicazione in linea anticipo, 3 marzo 2010)*

Aidsmap

<http://www.aidsmap.com/>

<http://www.aidsmap.com/en/news/1F40EFAE-463C-4354-8BB5-B465E9587ABE.asp>

### RISCHIO DI FALLIMENTO DI EFAVIRENZ ANCHE CON BASSI LIVELLI DI RESISTENZA

I ricercatori hanno usato una tecnica chiamata PCR, capace di rilevare il virus resistente che comprende sotto di 0,1% del totale della popolazione virale.

Il rischio di fallimento virologico è triplicato per i pazienti che hanno iniziato la terapia antiretrovirale con efavirenz (Sustiva) a causa della sua bassa barriera alla resistenza.

Si raccomanda pertanto una prova di resistenza prima di iniziare la terapia antiretrovirale.

In uno studio che comprendeva 322 pazienti, 178 di essi avevano sperimentato, infatti, un fallimento virologico.

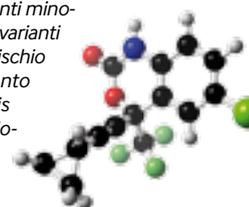
"C'è un rischio tre volte maggiore di fallimento virologico iniziale di terapia antiretrovirale

con regimi a base di efavirenz in soggetti non pretrattati, anche con perfetta aderenza al trattamento", scrivono gli investigatori.

Tuttavia, i ricercatori fanno notare che l'uso della PCR nelle cure di routine "necessita di ulteriori miglioramenti tecnici e una migliore comprensione".

Michael Carter

*Paredes R et al. Pre-esistenti minoranza farmaco-resistente varianti dell'HIV-1, l'adesione e il rischio di fallimento del trattamento antiretrovirale. J Infect Dis 201 (anticipo, pubblicazione online), 2010.*





**CONTINUANDO LA RASSEGNA DEDICATA AI PROBLEMI DI SALUTE MENTALE COLLEGATI ALL'HIV, PROPONIAMO DI SEGUITO UNA PANORAMICA SU TEMATICHE E CONTROVERSIE PRESENTATE ALLA CROI 2010, LEGATE AL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (CNS). UNA INTERA SESSIONE HA AVUTO LUOGO A SAN FRANCISCO PER AFFRONTARE QUESTI 3 ASPETTI PRINCIPALI:**

- **L'HIV PRODUCE DISORDINI NEUROCOGNITIVI;**
- **LA TERAPIA (PRECOCE) MIGLIORA I DISORDINI NEUROCOGNITIVI E NEUROPSICOLOGICI;**
- **TOSSICITÀ DEI FARMACI CONTRO TOSSICITÀ DEL VIRUS.**

mind  
your  
mind!

### **LA PENETRAZIONE DEI FARMACI NEL CNS CONTROLLA L'HIV NEL CERVELLO**

Molti sono gli studi che confermano che gli ARV con buona penetrazione nella barriera ematoencefalica sopprimono meglio la replicazione virale nel fluido cerebrospinale e migliorano i sintomi delle disfunzioni neurologiche.

Già da studi precedenti era stato dimostrato che la HAART efficace migliora i sintomi neurocognitivi, ma non era chiaro se i farmaci con una migliore penetrazione producessero effetti sulla misurazione della funzione cognitiva. Alla conferenza si è raggiunto il consensus sul fatto che tale miglioramento è effettivo.

Vari studi hanno calcolato il punteggio della penetrazione effettiva nel CNS (CPE), modo di misurare i livelli di farmaco che raggiungono il fluido cerebrospinale. Il CPE totale viene raggiunto sommando i punteggi di ogni singolo farmaco a cui è sottoposto il paziente.

Il nuovo sistema CPE, emerso quest'anno, che aggiunge farmaci nuovi e punteggi di penetrazione da 1 (scarsa) a 4 (ottimale), mentre in precedenza erano stati misurati solo tre livelli. I farmaci più comunemente usati con la maggiore penetrazione sono la nevirapina (Viramune) e la l'AZT (Retrovir), mentre quelli con il punteggio di penetrazione più basso sono il tenofovir (Viread) ed il saquinavir/r (Invirase/r).

### **RISULTATI DEL CHARTER**

La più grande ricerca che studia la disfunzione neurocognitiva è lo studio CHARTER, coordinato da Scott Letendre (abs 172), e analizza i fattori associati ai livelli di carica virale CSF (fluido cerebro-spinale) in uno studio che paragona le viremie plasmatiche rilevate simultaneamente in 1221 CSF ed in campioni di sangue.

Il 31% dei pazienti non era in ARV e tre quarti di essi aveva viremie plasmatiche quantificabili nel CSF rispetto al 16% di quelli in ARV.

Nell'analisi multivariata, i fattori associati in modo significativo alla viremia plasmatica nel CSF durante la HAART erano l'alta viremia plasmatica (nel sangue), la razza bianca, la non aderenza e il punteggio basso di efficacia penetrativa. Il 20% di pazienti bianchi aveva viremie plasmatiche quantificabili rispetto al 9% dei pazienti non bianchi. Si è anche ipotizzato che tale situazione si potesse spiegare con l'età piuttosto che con l'etnicità.

I fattori associati con una viremia plasmatica CSF maggiore nei pazienti non in trattamento includevano la viremia plasmatica (nel sangue), il conteggio dei CD4, l'età e la associazione con la razza bianca e il sesso maschile. Nell'analisi multivariata solo la viremia plasmatica e l'età rimanevano i fattori più caratterizzanti.

La viremia plasmatica maggiore di 50 copie a livello del CSF non era associata ad uno scarso risultato dei test neuropsicologici. Viceversa, lo era la viremia plasmatica del CSF maggiore di quella plasmatica nel sangue. Il 15% delle persone in studio non assumevano HAART ed il 4% dei soggetti in HAART avevano una viremia plasmatica nel CSF maggiore che nel plasma. La valutazione media dei test neuropsicologici non era significativamente diversa in questi pazienti, mentre la proporzione con

punteggio molto basso si riscontrava nei pazienti non in terapia.

Lo studio CHARTER ha confermato anche che i pazienti che assumono un regime con 4 NRTI migliorano i propri test psicologici nelle 48 settimane, mentre i pazienti con regimi che includono efavirenz mostrano migliori segni di recupero del danno ai neuroni. Inoltre Letendre ha commentato in un'altra presentazione (abs 430) che gli stessi risultati sono stati riscontrati durante la terapia HAART utilizzando test di viremia plasmatica più sensibili che potevano quantificare la viremia del CSF fino a 2 copie/ml.

In un'altra sessione, Letendre ha analizzato i fattori associati al fallimento terapeutico nello studio CHARTER: sono stati misurati i valori ed i tempi di perdita della risposta virologica nei pazienti che inizialmente avevano viremie plasmatiche non quantificabili (225) o nel CSF (346). Sono stati seguiti per 18 mesi per il monitoraggio plasmatico e per 20 mesi per quello del CSF a meno che avessero avuto fallimento virologico prima di questo periodo. 82 pazienti (36%) hanno avuto aumento di carica virale plasmatica in un periodo di 11 mesi e 67 (19%), invece, hanno avuto aumento di carica virale del CSF dopo 9 mesi.

I fattori basali associati alla perdita di risposta virologica nel plasma erano il numero di CD4 < 200, la razza nera e la disfunzione neuropsicologica. Questi fattori sono stati associati anche alla perdita di controllo virologico nel CSF e nel sangue. I pazienti che assumevano inibitori della proteasi ed i non aderenti erano esclusi dallo studio.

Letendre conclude che la disfunzione neuropsicologica è associata ad una risposta virologica più breve nel CSF che nel plasma.



Fotografie: Pino Lante

## IL RISULTATO NEUROPSICOLOGICO È MIGLIORE IN PAZIENTI TRATTATI CON HAART NEUROATTIVA

Questo il titolo della presentazione di F Starace, Ospedale Cotugno di Napoli, abs 433). Lo studio ha sottoposto una batteria di test psicologici a 45 pazienti che non erano a conoscenza del regime ARV che assumevano con carica virale < 50 copie e con regimi HAART uguali per almeno 6 mesi. Tra i criteri di esclusione c'erano: rischio di insufficienza neuropsicologica, età maggiore di 60 anni, diagnosi di depressione o altre condizioni psichiatriche o neurologiche e l'uso di stupefacenti. 30 di essi assumevano regimi con alto valore di penetrazione cerebrale e gli altri 15 con un valore CPE basso. Quelli con alto CPE hanno mostrato migliori risultati nella velocità e accuratezza dei test di linguaggio, soprattutto in quelli di memoria verbale, fluidità verbale e in quelli di abilità di manipolare simboli. Non sono

state riscontrate differenze in altri test. Starace conclude la presentazione affermando che "la performance neuropsicologica è migliore se nella HAART è incluso un farmaco neuroattivo, fatto dimostrato nei test neurocognitivi".

Altro studio presentato dalla scuola svedese (Goeteborg, abs 431), dimostra che la viremia residua quantificabile è meno riscontrabile nel CSF che nel sangue, ma l'immunoattivazione intracranica è comune anche dopo molti anni di ARV efficace. Ad ogni modo, la replicazione virale è la prima sorgente di viremia residua nel CSF e dell'attivazione immunitaria intracranica.

AIDSmeds 2009

## TOSSICITÀ DEI FARMACI HIV SUL CNS

Uno studio in vitro ci ricorda che alcuni farmaci per l'HIV, in particolare gli NRTI e l'efavirenz, sono associati alla neurotossicità. L'efavirenz, soprattutto, comporta una sintomatologia psicologica, mentre gli NRTI possono comportare neuropatie periferiche.

Lo studio sulla tossicità presentato dall'Università della North Carolina (abs 435) ha riscontrato nei neuroni di ratti esposti a vari farmaci antiretrovirali che 4 di essi - ddl, FTC, tenofovir e AZT - causano danno neuronale fino ad una perdita di cellule dal 32% al 52%. È stato anche riscontrato nello studio un danno ai mitocondri, componenti della cellula che producono e trasferiscono l'energia, con tutti questi farmaci meno che con il ddl. L'ampio uso dell'Atripla, quindi, produce una risposta neurologica amplificata ma rallentata. Questi sono esperimenti di laboratorio di cui ancora non si conosce la rilevanza clinica, ma il fatto che alcuni dei farmaci penetrino meglio nel cervello pur essendo i più tossici per le cellule nervose, può spiegare l'effetto paradossale riscontrato in alcuni studi sul rapporto tra HAART e il risultato neuropsicologico. Gli sperimentatori comunque hanno allertato che "gli effetti della presenza dell'HIV, ad ogni modo, sono più tossici di quelli della terapia".

## BRAINSEARCH, UN PROGETTO DI RICERCA SUL CERVELLO DEI TOSSICODIPENDENTI

Il Dipartimento Politiche Antidroga, DPA, ha avviato uno studio, il "Brainsearch", per spiegare il comportamento delle persone tossicodipendenti nell'assunzione delle droghe e per osservare gli effetti delle sostanze stupefacenti sul cervello. Il progetto di ricerca, che utilizza anche la tecnica neuroimaging, è stato avviato presso comunità terapeutiche e Sert.

Lo studio e l'approfondimento di queste tematiche da parte degli operatori dei dipartimenti delle dipendenze e delle comunità - si legge in una nota del DPA - consentirà a questi ultimi di acquisire informazioni importantissime sui meccanismi fisiopatologici della tossicodipendenza e realizzare, quindi, percorsi diagnostici mirati e più efficaci".

Il progetto si articola in due fasi: la definizione e lo studio delle aree del cervello

coinvolte nell'attivazione del desiderio (craving) e nel controllo volontario di quest'ultimo (resisting); l'osservazione e quantificazione dei cambiamenti morfologici, metabolici e vascolari del cervello degli assuntori di sostanze.

Un approfondimento di tali aspetti, orientato alle neuroscienze, può essere dunque d'aiuto agli operatori sanitari nel loro quotidiano rapporto con i pazienti, osserva il DPA. "Sapere cosa succede durante lo scatenamento del craving e quali funzioni cerebrali vengano coinvolte e danneggiate - prosegue la nota - aumenta il grado di autocoscienza del paziente e del terapeuta", permettendo "una più corretta ed efficace gestione del problema".

Sanita.it

## NEUROCOGNITIVI E IMMUNOLOGIA

I ricercatori dello studio CHARTER suggeriscono che l'inizio precoce della terapia può prevenire i disordini neurocognitivi da HIV. La prevenzione, infatti, è importante in quanto coloro che riscontrano un danno neurocognitivo, nonostante la soppressione virale, riscontrano un danno irreversibile a prescindere dal recupero dei CD4. Infatti, dei 1080 pazienti in studio, quelli con un nadir maggiore di CD4 hanno mostrato un ridotto rischio di disordini neurocognitivi da HIV (abs 429).

# CROI 2010

17° CONFERENCE  
ON RETROVIRUSES  
AND OPPORTUNISTIC  
INFECTIONS

San Francisco, 16-19 Febbraio 2010

# IL TRATTO GENITALE

**COSÌ COME LA PENETRAZIONE DEI FARMACI ANTIRETROVIRALI NEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE PROTEGGE IL CERVELLO DAI POSSIBILI ATTACCHI DEL VIRUS, LA PENETRAZIONE NEL SISTEMA GENITALE PUÒ PROTEGGERE GLI ORGANI COLLEGATI (TESTICOLI, VESCICA, URETRA), PUÒ DIMINUIRE IL RISCHIO DI CONTAGIO OLTRE AD ESSERE UNA PROSPETTIVA PER LO SVILUPPO DI MICROBICIDI.**

A questa tematica sono state dedicate due sessioni: una sull'esposizione e l'efficacia della prevenzione basata su antiretrovirali, l'altra sulla capacità di penetrazione di essi nelle secrezioni genitali. Infatti, se i livelli sono adeguati, alcuni dei farmaci analizzati potrebbero essere usati per la profilassi pre-esposizione (PreP) in somministrazione orale o come gel microbica.

Uno degli obiettivi della ricerca è lo sviluppo di metodologie che possano usare le donne ed i partner maschili ricettivi per proteggersi dalla trasmissione dell'HIV per via sessuale.

Di recente abbiamo assistito o al fallimento di microbici di sembravano promettenti, sia quelli con proprietà germicide sia quelli contenenti farmaci antiretrovirali.

Durante la conferenza, Anthony Fauci (NIAID), ha affermato che gli studi sui microbici finora hanno prodotto "fallimento dopo fallimento" e che è tempo di passare alla nuova generazione di prodotti che contengano agenti antiretrovirali.

## MARAVIROC

J. Moore et al (abs 84LB) hanno valutato l'utilizzo di questo farmaco come microbica nei macachi. Dato che non esiste una formulazione ad hoc, hanno semplicemente schiacciato delle compresse e le hanno mescolate con soluzione salina sterile che poi hanno applicato nelle vagine delle scimmie, esposte poi ad alti dosaggi di virus SHIV CCR5 tropico.

Le scimmie che hanno ricevuto 4 mg o 3 mg/mL di maraviroc erano protette dall'infezione. Confermando l'ipotesi dello studio, il farmaco non ha protetto contro l'infezione con virus tropico CXCR4-tropic virus, ma non si è verificato nessun aumento delle viremie plasmatiche. L'effetto protettivo del maraviroc durava circa 4 ore, suggerendo che l'essere umano dovrebbe applicare il gel con il farmaco poco tempo prima del rapporto sessuale. Ciononostante, un gel formulato più appro-

priamente potrebbe essere efficace nella zona applicata per più tempo.

K. Brown et al (abs 85) ha analizzato i livelli di maraviroc nel liquido seminale e nel tessuto del retto nelle biopsie di 12 uomini HIV negativi a cui sono stati somministrati 300 mg due volte al giorno di maraviroc per 8 giorni. I livelli elevati nel tessuto rettale erano di 91 volte maggiori che nel sangue e ciò suggerisce che il farmaco possa essere un potenziale microbica rettale.

Questi studi, pur promettenti, indicano la necessità di approfondimenti.

## RALTEGRAVIR

Clavel et al (abs 608) ha riportato i risultati della penetrazione nel tratto genitale di questo inibitore dell'integrasi. Sono stati misurati i livelli di raltegravir nel sangue e nei fluidi vaginali di 14 donne HIV positive non incinta. Tutte avevano HIV RNA < 40 copie da almeno 3 mesi. Durante il campionamento, tutte le partecipanti avevano viremia non quantificabile nei fluidi vaginali, anche se due di esse avevano viremia plasmatica quantificabile. Dopo 14 ore dall'ultima somministrazione di raltegravir, le concentrazioni nel plasma erano di 93 ng/mL e di 235 ng/mL nel fluido vaginale (oltre 2,3 volte maggiore). Si è concluso che la penetrazione di raltegravir nel tratto genitale è ottima nelle donne HIV positive. La media di concentrazione nei fluidi vaginali è di circa 16 volte maggiore del 95% del quoziente inibitorio, verosimilmente contribuendo al controllo virologico nel compartimento genitale.

## TENOFOVIR E EMTRICITABINA

Anche per questa associazione è stata confermata l'efficacia di strategie intermittenti di farmaco nella PreP (Garcia-Lerma et al, abs 83) in quanto fornisce un'ampia protezione ma un dosaggio di PreP di solo 3 giorni non era sufficiente nonostante l'emivita intracellulare. Viceversa, la rapida penetrazione dell'emtrici-



Fotografie: Pino Lante

tabina nel tessuto rettale suggerisce che questo farmaco gioca un ruolo importante nella protezione post-esposizione.

## DARUNAVIR

Taylor et al (abs 611) hanno verificato le concentrazioni di darunavir nel liquido seminale e nel sangue di 18 uomini HIV positivi con regimi boosterati. Pur essendo la concentrazione plasmatica di darunavir molto più elevata di quella del liquido seminale, i livelli in questo ultimo eccedono del 50% la concentrazione inibitoria necessaria fino a 24 ore dopo l'ultima somministrazione. Ciò conferma un'ottima penetrazione del darunavir nel liquido seminale.

Lambert-Niclot et al (abs 610) nello studio MONOI-ANRS hanno confermato che la media di concentrazione del darunavir nel liquido seminale è simile alla frazione plasmatica e circa 6 volte maggiore di quella dell'EC50 del darunavir di ceppo selvaggio corretto per le game proteico, dimostrando così una buona penetrazione nel tratto genitale.

# ACTG 5202: COMMENTO DEL DR. ANDREA ANTINORI SUL PIÙ GRANDE STUDIO REALIZZATO SULLA TERAPIA ANTIRETROVIRALE RELATIVO A EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DI EFAVIRENZ O ATAZANAVIR IN PAZIENTI NAIVE

## Quali sono gli orientamenti e le linee di ricerca emersi alla CROI 2010?

Il grande tema emergente è quello dell'efficacia a lungo termine e delle tossicità e comorbilità associate alla malattia. Ci troviamo infatti di fronte a uno scenario diverso da quello degli anni precedenti: oggi l'infezione da Hiv si presenta più come malattia sistemica che come malattia da immunodeficienza.

Mentre in passato ci preoccupava soprattutto la capacità del virus di innescare un gravissimo stato di immunodeficienza, progressivo e irreversibile, e quindi di aprire la strada a infezioni opportunistiche che portavano i pazienti alla morte, oggi emerge la capacità dell'Hiv di generare malattie in organi bersaglio attraverso meccanismi di attivazione immunologica e infiammazione cronica che vengono innescati dalla replicazione virale.

Si sta delineando un nuovo volto della malattia che in passato non potevamo vedere perché i pazienti morivano rapidamente. Oggi invece, una persona con Hiv ha un'aspettativa di vita che non di discosta di molto da quella della popolazione generale: un paziente giovane, non tossicodipendente, che inizi il trattamento precocemente e quando è ancora in buone condizioni di salute, ha un'attesa di vita di oltre 50 anni.

Però, proprio a causa di questa lunga sopravvivenza, stanno emergendo problemi nuovi, come appunto la capacità dell'Hiv di favorire malattie d'organo che coinvolgono cuore, rene, fegato, ossa. A questo meccanismo concorrono anche altri fattori, tra i quali la tossicità a lungo termine delle terapie.

Quindi il problema che oggi dobbiamo affrontare per preservare la qualità della vita dei pazienti è la combinazione tra effetti sistemici del virus e tossicità a lungo termine delle terapie.

## Il rischio di una malattia sistemica riguarda tutti i pazienti o alcuni in particolare?

Questo rischio riguarda tutti i pazienti ma in particolare quelli che si presentano in condizioni di malattia più avanzate, che purtroppo sono la maggioranza: attualmente oltre il 50 per cento dei soggetti arriva alla diagnosi con CD4 già sotto la soglia dei 350, che è considerata quella propria per l'inizio della terapia.

E' una condizione avanzata di malattia predispone maggiormente ai meccanismi di immunoattivazione, cioè all'attivazione del sistema immunitario che scatena una sorta di infiammazione cronica contro l'organismo, arrivando a danneggiare organi bersaglio come cuore, rene, fegato, ossa e sistema nervoso centrale. Gli eventi cardiovascolari o renali, insieme alle epatopatie causate dalla confezione con altri virus, stanno diventando la principale causa di decesso per questa malattia. A maggior ragione oggi ci preoccupiamo che le terapie funzionino a lungo e che preservino i pazienti dagli effetti collaterali delle terapie e dalle comorbilità.

## La presentazione dello studio ACTG 5202 ha messo a confronto 4 differenti regimi terapeutici antiretrovirali: quali sono i risultati di questo studio?

Lo studio ACTG 5202 è uno studio indipendente promosso dall'ACTG- Aids Clinical Trial Group, la struttura istituzionale americana che coordina i trial clinici sull'Hiv. Con 1.800 pazienti arruolati e randomizzati è di gran lunga lo studio con il maggior numero di pazienti coinvolti.

Obiettivo dello studio era quello di confrontare efficacia, sicurezza e tollerabilità di atazanavir con boost di ritonavir (atazanavir/r) ed efavirenz, entrambi associati a una o all'altra di delle due combinazioni inibitore nucleosidico della trascrittasi inversa, o abacavir/lamivudina o tenofovir/emtricitabina.

Il risultato più interessante che è emerso è la sostanziale equivalenza di atazanavir/r ed efavirenz, che sono risultati sovrapponibili in termini di efficacia, indipendentemente dal "backbone" nucleosidico al quale sono associati e indipendentemente dalla carica virale alta o bassa del paziente. Non era un risultato scontato perché in uno studio analogo, sempre promosso dall'ACTG, efavirenz si era dimostrato superiore rispetto a lopinavir/r. In questo caso invece è emersa l'equivalenza.

Il secondo obiettivo era verificare quale dei due backbone nucleosidici fosse migliore e la risposta è stata che tenofovir si è dimostrato superiore ad abacavir, indipendentemente dal fatto che venga associato a efavirenz o atazanavir/r, soprattutto con cariche



virali elevate (oltre 100 mila copie), mentre al di sotto di tale soglia i due backbone sono comparabili.

Infine, la terza risposta importante era quella relativa all'efficienza delle combinazioni nel garantire tollerabilità e risparmio di tossicità e tollerabilità. Atazanavir/r ed efavirenz sono risultati comparabili, con un vantaggio di atazanavir per quanto riguarda il profilo metabolico. Invece nel backbone tenofovir è risultato superiore ad abacavir dal punto di vista della tollerabilità.

## Quali sono le implicazioni dei risultati di questo studio?

La conferma definitiva delle più recenti impostazioni delle linee guida americane, che indicano atazanavir ed efavirenz come farmaci di prima scelta nella terapia di combinazione per i pazienti naive, mentre le associazioni con analoghi nucleosidici a base di tenofovir, in particolare tenofovir/emtricitabina, risultano essere tra quelle preferite tra le scelte terapeutiche di prima linea.

Per il medico questo significa sapere di avere a disposizione vari schemi terapeutici che hanno lo stesso gradiente di efficacia e che possono essere diversamente adattati alle esigenze del paziente: laddove c'è bisogno di un farmaco che esalti la protezione dagli effetti metabolici posso usare senza problemi atazanavir, che la ha stessa efficacia di efavirenz, mentre se occorre usare un minor numero di compresse posso usare efavirenz. Non c'è un solo schema efficace e il medico può scegliere quello che meglio si adatta alle esigenze del paziente.

*Andrea Antinori, Direttore Dip. Clinico e di Ricerca Clinica, INMI L. Spallanzani di Roma*

# VITAMINA D

## “LA VITAMINA DEL DECENNIO”

È GIUNTO IL MOMENTO DI FARE UN PO' DI CHIAREZZA SULLA VITAMINA D, UN PRO-ORMONE LIPOSOLUBILE IMPORTANTE PER CHIUNQUE E, A MAGGIOR RAGIONE, PER I MOTIVI CHE ESPORREMO, PER LE PERSONE CON INFEZIONE DA HIV

Presi oggi sempre più dall'analisi di alcuni aspetti molto complessi della terapia anti-retrovirale, quali quozienti inibitori, barriere genetiche, DNA-provirali, pattern mutazionali, o quant'altro ancora, a volte tendiamo a dimenticarci l'estrema importanza delle cose semplici nel quotidiano e la pericolosa ripercussione (in termini di ricaduta clinica) di questo nostro trascurarle. È giunto il momento di fare un po' di chiarezza sulla vitamina D, un pro-ormone liposolubile importante per chiunque e, a maggior ragione, per i motivi che esporremo, per le persone con infezione da HIV. Talmente importante che al CROI 2010 ha avuto una sessione appositamente a lei dedicata, "Got milk? Vitamin D deficiency prevalence and associations", con cinque comunicazioni orali. Iniziamo proprio dalla comunicazione orale italiana sui dati ICONA relativi alla realtà epidemiologica del nostro Paese, per farci un'idea della reale portata del problema: "Prevalence of Hypovitaminosis D among HIV+ Patients Enrolled in a Large Italian Cohort".

### VITAMINA D E HIV IN ITALIA

Il campione di soggetti esaminato nello studio è, al momento, senza eguali in letteratura (1498 determinazioni di vitamina D effettuate in 852 pazienti – 262 prima e 1236 dopo inizio di HAART) e la clamorosità del dato finale ottenuto addirittura dirimpetto: 804 casi (il 54% del totale!) avevano una carenza di vitamina D (definita come valore < 75 nmol/l), e 98 soggetti (7% del totale) addirittura un deficit assoluto della stessa (< 30 nmol/l); inoltre, nei pazienti testati pre- e post-HAART nella stessa stagione) si assisteva ad una riduzione media di 7.57 nmol/l per anno! Le correlazioni più stringenti riscontrate si sono rivelate essere quelle con l'età (più avanzata),

l'indice di massa corporea (più basso), la stagionalità (inverno e primavera), l'HIV-RNA (più elevata), i CD4+ (più bassi), la durata di ART (maggiore), l'esposizione a NNRTI (vs. PI). Le domande pervenute da parte dell'auditorio durante la discussione stanno portando ora ad un'analisi delle correlazioni anche con lo presenza o meno di lipodistrofia e con la distribuzione geografica del fenomeno all'interno delle nostre regioni. Un dato da tenere particolarmente in considerazione è che, durante il follow-up, 67 pazienti hanno sviluppato

eventi potenzialmente correlati all'ipovitaminosi D (33 eventi cardiovascolari, 31 casi di diabete, 3 insufficienze renali). È evidente, pertanto, dai risultati ottenuti, l'importanza epidemiologica assoluta del dato 'ipovitaminosi D in HIV' e le potenziali ripercussioni cliniche della stessa qualora non adeguatamente monitorata e corretta nei pazienti, sia naive sia (a maggior ragione) in

HAART, anche in virtù della sicurezza pressoché totale della supplementazione della vitamina D e del suo bassissimo costo.

A questo punto, occorre allora evidentemente saperne di più.

### COS'È LA VITAMINA D

Definirla come pura e semplice "vitamina" è forse riduttivo; in realtà la vitamina D è un gruppo di pro-ormoni liposolubili costituito da cinque diverse vitamine, numerate come D1, D2, D3, D4 e D5. Le due più importanti forme nella quale la vitamina D si può trovare sono la vitamina D2 (ergocalciferolo) e la vitamina D3 (colecalfiferolo): l'ergocalciferolo è di provenienza vegetale, mentre il colecalfiferolo, derivante dal colesterolo, è sintetizzato negli organismi animali. La vitamina D ottenuta dall'esposizione al sole o attraverso la dieta non è già la forma attiva, ma deve subire due reazioni di idrossilazione per essere trasformata nella forma biologicamente attiva di vitamina D, che si chiama calcitriolo.

### BREVE STORIA DELLA VITAMINA D

La storia della vitamina D parte nel 1919 quando si osservò che bambini affetti da rachitismo guarivano se esposti alla luce ultravioletta. Un risultato simile lo si ottenne nel 1922 usando, però, la luce solare e nello stesso periodo venne ipotizzata l'esistenza di un composto essenziale per il metabolismo delle ossa, studiando l'azione antirachitica dell'olio di fegato di pesce. Nel 1923 si è dimostrato che quando il 7-deidrocolesterolo, presente nella pelle viene colpito dai raggi ultravioletti, esso dà origine ad un composto avente la stessa attività antirachitica dell'olio di fegato di pesce. La struttura della vitamina D venne identificata nel 1930.

### IL CICLO DELLA VITAMINA D

L'ergocalciferolo viene formato quando i raggi ultravioletti colpiscono l'ergosterolo, mentre il colecalfiferolo si produce dall'irradiazione del 7-deidrocolesterolo. L'assorbimento della vitamina D segue il normale processo delle altre vitamine liposolubili: viene inglobata nelle emicelle formate dall'incontro dei

lipidi idrolizzati con la bile, entra nell'epitelio intestinale dove viene incorporata nei chilomicroni, e questi entrano nella circolazione linfatica. In vari tessuti il colecalciferolo subisce una reazione di idrossilazione con formazione di 25-idrossicolecalciferolo [25(OH)D] il quale passa poi nella circolazione generale.

Arrivato nel rene, il 25 (OH)D subisce una reazione di idrossilazione, catalizzata dalla 1 $\alpha$ -idrossilasi che da origine all'1,25-diidrossicolecalciferolo [1,25(OH)D] (calcitriolo), la forma attiva della vitamina D.

La quantità di D3 e D2 prodotte dipende dalle radiazioni ultraviolette (sono più efficaci quelle comprese tra 290 e 315 nm), dalla superficie cutanea esposta (meglio quella che generalmente non è esposta al sole, come i glutei), dal suo spessore e pigmentazione, e dalla durata della permanenza alla luce.

### FUNZIONI MINERALI DELLA VITAMINA D

La vitamina D favorisce il riassorbimento di calcio a livello renale, l'assorbimento intestinale di fosforo e calcio, i processi di mineralizzazione dell'osso, di differenziazione di alcune linee cellulari e interviene in alcune funzioni neuromuscolari. La regolazione dei livelli di calcio e fosforo nell'organismo avviene insieme all'azione di due importanti ormoni: la calcitonina ed il paratormone. La calcitonina ha azioni opposte a quelle della vitamina D, favorendo l'eliminazione urinaria e la deposizione di calcio nelle ossa: ciò si traduce in una diminuzione dei livelli plasmatici di calcio. Il paratormone, invece, inibisce il riassorbimento renale dei fosfati e aumenta quello del calcio; a livello dell'osso, promuove il rilascio di calcio. La produzione di questi ormoni e di vitamina D è strettamente dipendente dalla concentrazione plasmatica di calcio: una condizione di ipocalcemia stimola la produzione di paratormone; un aumento del calcio plasmatico, invece, favorisce la sintesi di calcitonina.

Il delicato equilibrio che si viene a creare determina la regolazione dei processi di mineralizzazione. Inoltre, la vitamina D promuove la differenziazione dei cheratinociti dell'epidermide e degli osteoclasti ossei e, forse, detiene anche un'azione antiproliferativa.

### FUNZIONI EXTRA-SCHELETRICHE DELLA VITAMINA D

Studi recenti hanno dimostrato come la vitamina D abbia un ruolo nella regolazione della risposta immunitaria di tipo innato contro gli agenti microbici, specie micobatteri. Si è evidenziato come possa stimolare la produ-

zione di catelicidina, una proteina ad azione antimicrobica. Inoltre, è in grado di stimolare la produzione di altri peptidi antimicrobici: la defensina  $\beta$  di tipo 2, la lipocalina associata alla gelatinasi neutrofila. È verosimile che i picchi invernali di sindrome influenzale siano dovuti ad una carenza di vitamina D a seguito d'una minor esposizione alla luce solare. L'assunzione di vitamina D e calcio determina una diminuzione statisticamente significativa del rischio d'insorgenza di carcinomi, per cui l'impiego di vitamina D è indicato in determinate terapie contro il cancro del colon, della prostata, del seno, ed altri.

Esiste una correlazione statisticamente significativa fra i livelli di vitamina D e l'ipertensione, l'insulinoreistenza, le fratture, la mialgia/sarcopenia/astenia, l'aumentato rischio di cadute, la ridotta salute dentaria, molte malattie autoimmuni (sclerosi multipla, AR, LES), e l'asma infantile.

### FONTE ALIMENTARI (POCHE!) DELLA VITAMINA D

Un grosso problema è che pochissimi alimenti contengono quantità apprezzabili di vitamina D, ad eccezione dell'olio di fegato di merluzzo. In misura molto minore i pesci grassi (come il salmone e le aringhe), il latte ed i suoi derivati, le uova, il fegato e le verdure verdi. Se ne deduce, pertanto, come specificheremo, che è pressoché mandatoria l'integrazione alimentare. Le prime alterazioni, in caso di deficienza, consistono nella diminuzione dei livelli sierici di calcio e fosforo con conseguente iperparatiroidismo secondario ed aumento della concentrazione di fosfatasi alcalina. Successivamente si hanno alterazione dei processi di mineralizzazione con rachitismo (nel bambino) ed osteomalacia (nell'adulto), debolezza muscolare, deformazione ossea e dolori.

### COME BISOGNA ASSUMERE LA VITAMINA D

La prevalenza di deficit di vitamina D più alta in Europa si ha fra le persone italiane, greche, e spagnole, per via dello stereotipo che la maggiore esposizione della popolazione mediterranea al sole sia già di per sé elemento sufficiente a garantirne dei livelli efficaci. In realtà gran parte della vita sociale oggi si svolge in ambienti chiusi, per cui questo assioma non è più da ritenersi vero.

Le popolazioni scandinave, che per sei mesi all'anno non conoscono esposizione solare a raggi ultravioletti, integrano comunemente la vitamina D supplementando gli alimenti alla fonte e presentano, fra gli europei, i livelli più alti di vitamina D. In tutti i pazienti biso-

gna quindi dosare i livelli plasmatici della vitamina D (preferibilmente in primavera o in autunno), e correggere sempre l'eventuale ipovitaminosi se il valore riscontrato risulti inferiore a 75 nmol/l o a 30 ng/ml. La correzione dell'ipovitaminosi D deve essere effettuata con colecalciferolo (Dibase): due boli in due giorni consecutivi per os da 300.000 UI ciascuno, una volta all'anno, seguiti da una dose di mantenimento di 7000 UI (XX-XXX gtt) ogni sette giorni.

In caso di ipovitaminosi, è indicato controllare i livelli plasmatici di calcio, fosforo, fosfatasi alcalina, e PTH. Integrare sempre con calcio in caso di basso introito alimentare dello stesso.

### LA VITAMINA D È SICURA

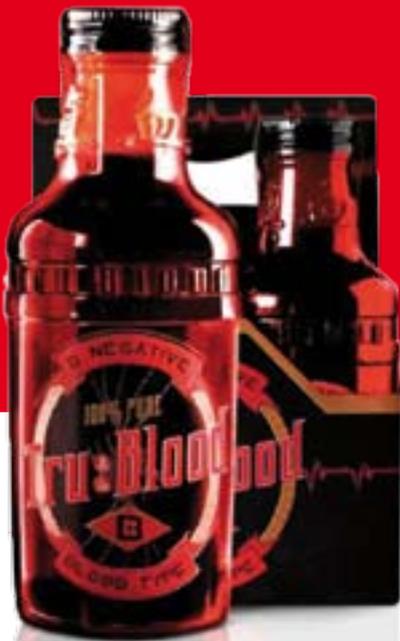
Data l'alta prevalenza e incidenza dell'ipovitaminosi D, i rischi che questo deficit comporta, e il bassissimo costo della sua integrazione, c'è chi consiglia di supplementare comunque tutti i pazienti con Dibase senza dosare prima i livelli di vitamina D plasmatici. L'unico accorgimento è quello di dosare una prima volta i livelli plasmatici di calcio, per evitare di incorrere in uno di quei casi (rarissimi) di ipercalcemia.

La sicurezza della somministrazione è, di fatto, pressoché totale, poiché il Dibase non è la forma attiva della vitamina D, il calcitriolo, che, invece, non deve essere assolutamente autosomministrato:

- Il "Food and Nutrition Board", nel 1997, ha posto il "Tolerable Upper Intake Limit", per la somministrazione di vitamina D3, a 2000 IU/die;
- Nel 2003, Heaney et al. hanno dimostrato che una concentrazione plasmatica di 25(OH)D = 220 nmol/L (110 ng/ml), ottenuta somministrando 250 mg (10000 UI) di vitamina D3, non modifica la calcemia;
- Nel 2005, Morris et al. hanno dimostrato che è necessaria una concentrazione plasmatica di 25(OH)D  $\geq$  700 nmol/L (350 ng/ml) per indurre uno stato di ipercalcemia;
- Una recente revisione di tutti i trials condotti su adulti sani ha evidenziato che la somministrazione giornaliera di 250 mg (10000 UI) di vitamina D3 deve considerarsi priva di effetti collaterali. Questi autori suggeriscono pertanto di aumentare il "Tolerable Upper Intake Limit" del colecalciferolo a 10000 UI/die (Hathcock et al. Am J Clin Nutr. 2007;85:6-18).

# TRUE BLOOD

## VAMPIRO E GENTILUOMO O SIEROPOSITIVO E GENTILUOMO?



*“Come sono diventato un vampiro è una storia*

*troppo lunga per raccontarla adesso – ripose infine – Comunque sì, quando ero più giovane, mi è successo alcune volte di uccidere involontariamente. Non ero mai certo di quando sarei riuscito a mangiare ancora, capisci? Naturalmente, a quel tempo ci davano sempre la caccia, e non esistevano cose come il sangue artificiale, senza contare che la popolazione non era numerosa come quella attuale. Io però ero stato un brav'uomo quando ero vivo... voglio dire, prima di contrarre il virus, quindi ho cercato di comportarmi in maniera civile, di scegliere come vittime persone malvagie e di non nutrirmi mai dei bambini. Se non altro, sono riuscito a non uccidere mai un bambino. Adesso, è tutto così diverso: posso presentarmi in una qualsiasi clinica con servizio notturno di qualsiasi città e ottenere un po' di sangue sintetico, anche se è disgustoso, oppure posso pagare una prostituta e ottenere il sangue necessario a tirare avanti per un paio di giorni, o magari posso incantare qualcuno in modo che mi permetta di morderlo e poi si dimentichi della cosa. E comunque, ora non mi serve più molto sangue.”*

### IL LIBRO DI OGGI

Il brano è estratto dal “Ciclo di Sookie Stackhouse” di Charlaine Harris, una serie di libri da cui è stata tratta una serie televisiva dal suggestivo titolo “True blood” con protagonista uno strano erede di Dracula che desidera integrarsi con gli umani. Siamo nel sud degli Stati Uniti, in cui in passato il Ku Klux Klan imperava e il razzismo è sempre stato un tema caldo. Assimilata la presenza degli afroamericani, superata l'affermazione sociale dei gay, metabolizzato lo spauracchio AIDS, la società deve ora affrontare l'integrazione con i vampiri, perennemente considerati succhiasangue e ostili agli esseri umani. Il conflitto fra chi è a favore e chi è contro alle pari opportunità per gli eredi di Dracula è lo spunto da cui parte il primo romanzo della Harris, in cui l'incontro fra la protagonista, Sookie, una cameriera in un

diner di provincia, che ha poteri telepatici, e Bill Compton, un giovane gentiluomo, genera agitazioni e scompiglio nella cittadina della Louisiana. Come non rimandare il rapporto fra i due alla stessa diversità che può creare conflitti e tensioni in una coppia sierodiscordante? Ma nemmeno dall'interno della coppia (come accade anche fra i due protagonisti), quanto dall'occhio esterno di chi si arroga il potere di giudicare.

Questa storia fra due ‘diversi’ (Sookie soffre per la sua telepatia – quanto non vorrebbe, suo malgrado leggere tutto ciò che passa per la mente agli altri) è condita dalla presenza di personaggi di contorno fra cui spiccano il fratello della protagonista, Jason, tanto bello quanto irresponsabile: conduce una vita promiscua, pur criticando i costumi di Sookie. Sam, il proprietario del locale innamorato di Sookie. Tara, una giovane afroamericana e razzista nei confronti dei vampiri. Lafayette, omosessuale e trasgressivo cuoco del locale. E il detective Andy Bellefleur, rigido rappresentante della polizia locale.

### TRUE BLOOD

Il true blood, rigorosamente servito a 37 gradi, è una bevanda sintetica che segna l'ennesima evoluzione di una delle figure più affascinanti della letteratura moderna, il vampiro, per ricordare che la diversità è un problema serio che spesso si dimentica. E che il vampiro in questo ambito diventa l'emblema di chi si trova in un luogo fuori dal suo universo dove i veri mostri sono solo ed esclusivamente gli umani.

### PREGIUDIZI E DIVERSITÀ

In questo mondo (piccolo) che vive di stereotipi e di pregiudizi l'elemento vampiresco (come quello della sieropositività), oltre ad aggiornare le leggende dei paletti di frassi-

no, dell'aglio, dei crocefissi, dell'acqua santa e degli specchi, è la classica minoranza ad essere per prima accusata.

Il vampiro si riconosce perché è un essere che vive di notte (il sieropositivo si riconosce perché è un essere che vive in funzione del suo ‘problema’ e di tutti gli effetti collaterali che esso può causare), il vampiro si riconosce dall'incarnato dal bagliore quasi opalescente (il sieropositivo si riconosce dal volto, a volte, ma piuttosto spesso, scavato dai segni della lipodistrofia), il vampiro si riconosce dalla sua ‘antichità’, che spesso lo induce a non riuscire a integrarsi completamente nel presente (il sieropositivo lo si riconosce dai segni di una cartella clinica ‘storica’ lunga anche un ventennio che lo vede protagonista dalla monoterapia alle ultime novità terapeutiche, lottando fra genotipi, resistenze ed effetti collaterali che hanno segnato l'organismo). La diversità è un problema serio che spesso si dimentica, e il vampiro in questo ambito diventa l'emblema di chi si trova in un luogo fuori dal suo universo dove i veri mostri sono solo ed esclusivamente gli umani.

### IL ROMANZO GOTICO

Gotico è un termine usato in architettura per indicare lo stile caratterizzato da archi acuti molto slanciati verso l'alto, grandi rosoni intarsiati e alte guglie, con cui venivano costruite imponenti cattedrali nell'XI e nel XII secolo. Questa parola di origine rinascimentale ha come significato generico quello di “barbaro”, selvaggio distruttore della tradizione classica. Per comunanza di elementi fantastici e spirituali è stato dato lo stesso nome al genere letterario nato nella seconda metà del '700 in Inghilterra. Infatti il romanzo gotico è caratterizzato da un'abbondanza di luoghi religiosi tetri e pittoreschi come conventi, abbazie, antichi castelli e labirinti. Nel '700 è considerato sinonimo di medioevale (anni oscuri); nell'800 indica la letteratura del terrore, incentrata su un tipo di orrore che, per le sue componenti irrazionali, si contrappone all'era della ragione.

La letteratura gotica nasce proprio nel 1764 con il romanzo “Il castello di Otranto” di Horace Walpole per culminare, e segnare la sua fine, nel 1897 con “Dracula”

di Bram Stoker. Per non citare una miriade di titoli che probabilmente vi ricorderanno vecchie letture, chissà, o comunque riferimenti al già sentito, magari nei vostri anni della scuola. Chi non conosce Frankenstein (1818)? Ebbene, Frankenstein, prodotto di una disgraziata genesi, è il diverso, l'escluso che non soccombe, ma converte la propria rabbia in forza distruttrice.

## IL MOSTRO

La figura del Mostro ha origini che derivano dalla paura profonda condivisa da tutto il genere umano dei lati più oscuri e nascosti della psiche. C'è però anche un altro genere di Mostro che ha origine da timori diversi, ma in qualche modo sempre legati alle spaventose potenzialità della mente umana. Anni addietro, quando l'AIDS/HIV faceva terrore, senza neppure distinguere la differenza fra sieropositivo e malato di aids, la stessa persona affetta da questa sindrome era considerata un mostro: allontanata, esclusa, malvista, etichettata a un malcostume che, col tempo, si è visto essere diffuso molto maggiormente che non solo a quelle categorie inizialmente più colpite. Oggigiorno, i mostri sono anche altri. Le vittime della chirurgia plastica, quelli in conflitto col proprio aspetto fisico al punto da confondere la dieta con l'anorexia e un normale equilibrio psichico con la regolamentazione indotta dagli psicofarmaci. Il sieropositivo accorto, quello che segue una terapia ed è responsabile della propria salute e di quella altrui, è molto più equilibrato di quanti, per ignavia, per ignoranza, per paura, per incoscienza... e qui l'elenco si farebbe lungo... cedono ancora a più o meno consapevoli impulsi distruttivi, senza contenere la rabbia, chiudendo gli occhi alla realtà dei fatti che è e resta quella della prevenzione.

## BEEP BEEP... LA PILLOLA!

Siamo sovrastati dalle pillole... e allora un giovane, un po' per arroganza, un po' per incoscienza, dice: c'è la cura, cosa me ne frega se mi prendo l'aids... usando questo termine impropriamente. ...una pillola in più, o una in meno, cosa cambia? - Io sono fermamente convinto che una persona sieropositiva, consapevole, sia anche una persona molto rigorosa... mi riferisco soprattutto alla vecchia guardia, a quanti, sopravvissuti (sia con i farmaci che non - i fortunati long term non progressor) devono essere da esempio e monito; per poter dire: ci si cura, sì! Ma la cura è dura! Non solo, la cura prevede un ordine psico-fisico non indifferente che, probabilmente, molti farebbero fatica a trovare.

Nei libri della Harris si fa riferimento (molto fantasiosamente) anche all'aids: come non collegarlo a tutto quel sangue che segna la vita dei vampiri, e in una pagina dice quanto segue: *"Il sangue di vittime imbotite di droga o di alcool aveva sui vampiri un effetto temporaneo, e si diceva che ad alcuni di essi piacesse quel genere di sbalzo, ma il sangue di un umano con un caso conclamato di aids non aveva effetto su di loro, come non ne avevano le malattie trasmesse per via sessuale o qualsiasi altro virus che danneggiasse gli umani. A questa immunità faceva eccezione il cino-aids. Perfino quel ceppo dell'aids non uccideva i vampiri nella stessa maniera ineluttabile in cui il virus dell'aids uccideva gli umani, ma li lasciava in uno stato di estrema debolezza per quasi un mese, durante il quale era relativamente facile prenderli e trafiggerli con un paletto; e di tanto in tanto, se un vampiro si nutriva più di una volta da un umano infetto, poteva capitare che quel vampiro morisse... rimorisse?... senza bisogno di ricorrere al paletto. Ancora raro negli Stati Uniti, il cino-aids stava cominciando a diffondersi in porti come New Orleans, dove capitava*

*che marinai e altri viaggiatori provenienti da molti paesi si fermassero per un po' in città in vena di fare baldoria".*

## L'HIV DEVE FARE ANCORA PAURA?

L'hiv deve essere considerato quella malattia cronica che oggi si sta sempre più delineando. Ma il sieropositivo, come spesso ancora accade, non deve fare più paura di un sedicente sieronegativo. Perché il sieropositivo che si cura e avrà sicuramente la viremia bassa sarà meno contagioso di un sedicente sieronegativo che non fa il test da sei mesi.

## SAPERE SALVA LA VITA!

Ho incontrato in un bar una persona di mia conoscenza. Un quarantenne. Cambiato. Maturato. Lo scorso anno da un giorno all'altro si è ritrovato ricoverato con febbre, sarcoma e 24 dc4 allo Spallanzani di Roma. Mi ha detto: che stupido a distruggermi la vita per non farmi il test prima come semplice routine!

# VIRUS SENZA PERMESSO DI SOGGIORNO

## L'ESPERIENZA NON INSEGNA

È dagli albori della nascita del virus hiv che le associazioni di lotta all'aids hanno evidenziato come il rischio d'infezione sia un pericolo per la popolazione tutta. Non esistono categorie a rischio, ma esclusivamente comportamenti. Il tempo ha dato ragione a questa tesi. All'inizio sono stati stigmatizzati omosessuali, tossicodipendenti e prostitute. Ma sono state proprio queste le prime categorie ad imparare come evitare l'infezione attraverso l'uso del condom e di siringhe pulite. Oggi è la popolazione eterosessuale a essere più colpita. La maggioranza delle nuove infezioni riguarda eterosessuali, soprattutto donne, che scoprono in ritardo l'infezione proprio perché, non ritenendosi a rischio, non hanno adottato le opportune precauzioni. Purtroppo questo tipo di atteggiamento non risulta tuttora superato, anche perché non esistono campagne informative sufficientemente valide e mirate. Il terzo settore si fa carico nel diffondere la cosiddetta prevenzione positiva, che sia cioè in grado di affrontare alcuni dei fattori che aumentano la vulnerabilità all'hiv in alcuni gruppi. E mentre sembra che non sia stata superata l'errata opinione che si tratti di un virus di nicchia, si sono esplicitamente sostituite le categorie a rischio: oggi i soggetti da stigmatizzare sono carcerati, immigrati e senza tetto.

## I VIRUS NON HANNO PASSAPORTO

Le malattie infettive si sono sempre diffuse con lo spostamento degli uomini, con i loro viaggi: singoli uomini o intere popolazioni hanno portato con sé costumi, tradizioni, culture. E anche malattie. Esempio rilevante è stata la scoperta dell'America, che ha visto un passaggio di infezioni dagli spagnoli agli indigeni, e viceversa. Oggi, c'è il vantaggio di avere ottimi organi di controllo e infrastrutture per diagnosi precoci, ma d'altro canto, con la velocità degli spostamenti, propria di questi ultimi decenni, si determina una rapida diffusione delle malattie. Vi è il pericolo di una doppia globalizzazione: a viaggiare non sono solo persone "infette", ma anche vettori di malattie: virus, microbi, germi, ma anche

animali, alimenti, indumenti contaminati e quant'altro. L'hiv non è di per sé una malattia di facile diffusione: eppure è stata ed è l'unica infezione al mondo per cui persone portatrici della medesima si vedono negato ingresso e permanenza in oltre 50 paesi. Ed è l'unica malattia che diversifica i malati: tra coloro, cioè, che sono nati in quella parte del mondo dove ottengono cure e terapie; e coloro che, essendo nati altrove, sono destinati ad un più facile, se non sicuro, incontro con l'aids e, in molti casi, la morte. Se le terapie antiretrovirali hanno un costo ad oggi astronomico per alcune popolazioni, anche i costi della prevenzione e dei condom sono, spesso, inaccessibili. Ed è grave l'atteggiamento di alcune nazioni che criminalizzano gli immigrati non regolari, i quali si vedono costretti a rinunciare alla possibilità di poter usufruire delle strutture sanitarie: si crea così una pericolosità sociale, a causa del sommerso, che si ripercuoterà su tutta la popolazione dell'area.

## IMMIGRATI O SCHIAVIZZATI?

In Italia gli immigrati ormai sono circa il 10% della forza lavoro; svolgono quei compiti e quei mestieri che gli italiani non vogliono più fare e, soprattutto, sono facile preda del mercato nero e dello sfruttamento. Intraprendono i viaggi della speranza investendo interi patrimoni familiari e subendo le peggiori avversità: è durante questi viaggi che accadono violenze e sorpresi. In queste occasioni il virus dell'hiv può diventare un compagno di viaggio per il resto della vita. L'art. 32 della nostra Costituzione concepisce il diritto alla salute come un diritto umano universale, ovvero che supera i confini territoriali di un Paese. È tale diritto era esteso, fino a poco tempo fa, anche agli immigrati non regolari o clandestini. Con l'ingresso del "pacchetto sicurezza", tale diritto non è più concesso: come conseguenza si innesca una profonda paura in questa categoria vulnerabile, che rinuncia a cure e diagnosi diventando veicolo di epidemie. Nell'ultimo anno i rifugiati in Italia si sono dimezzati, ma si sono dimezzate anche le presenze di stranieri negli ospedali e nei centri di cura e primo soccorso. La richiesta del test hiv è diminuita tra gli immigrati, i quali, a seguito delle nuove normative, non si sentono protetti. Se ci si scopre positivi, nasce la paura di non poter avere più, un giorno, un lavoro e un permesso di soggiorno: e quindi la prospettiva di non poter usufruire di una te-

rapia antiretrovirale, andando incontro all'aids. Le aree di provenienza a forte pressione migratoria sono l'Africa, il Sud-Est Europeo e il Centro e Sud America: zone dove la malnutrizione crea già di per sé immunosoppressione, preparando il terreno su cui alcune malattie proliferano. E alla fame bisogna aggiungere il carico devastante delle acque non sicure.

## I MEDIATORI CULTURALI

Nasce l'esigenza, per l'immigrato, nella fase di accompagnamento e inserimento nella rete sociale, di una nuova figura professionale, in grado di interfacciarsi in modo semplice e comprensibile con i connazionali. Il "mediatore culturale" è una figura "alla pari", cui si deve il successo di molte strategie d'integrazione già adottate in alcuni Paesi Europei. Figure che vengono sempre più utilizzate nella partecipazione attiva a programmi di prevenzione sanitaria. Anzi, è proprio impiegando come filo conduttore il confronto con l'assistenza sanitaria quale mezzo di integrazione, che si può parlare di un primo passo per entrare a far parte - come cittadino - nel paese ospitante. I paesi di origine dell'immigrazione non hanno avuto la possibilità di costituire strategie di prevenzione rispetto ad alcune malattie, tanto meno nei confronti dell'hiv: proprio per questo si rendono necessari interventi di prevenzione primaria e di riduzione del danno mirati alle comunità straniere, ove tali pratiche sono sconosciute. In Italia, sul fronte dell'assistenza sanitaria, scontiamo il divario esistente nelle varie Regioni. In alcune dominano carenze nei servizi, lunghe liste d'attesa, insufficienza di personale. Mentre in altre Regioni - poche - il sistema è eccellente. Ultimamente sono nati centri sanitari, anche specializzati, dedicati proprio agli stranieri, con presenza di mediatori. Resta il fatto che il reato di clandestinità ha fortemente messo in crisi questi centri, che hanno visto drasticamente diminuire - se non sparire - gli utenti.

## IL RITARDO DELL'ITALIA

L'attività del governo italiano volta a prevenire e contrastare la diffusione dell'aids non ha avuto successo: situazione provata dall'aumento del numero dei soggetti contagiati. Nonostante abbia firmato ben tre trattati internazionali per la lotta all'aids, è oggi in ritardo nel rispetto delle linee guida europee. Non esiste una strategia aggiornata per gli ambiti

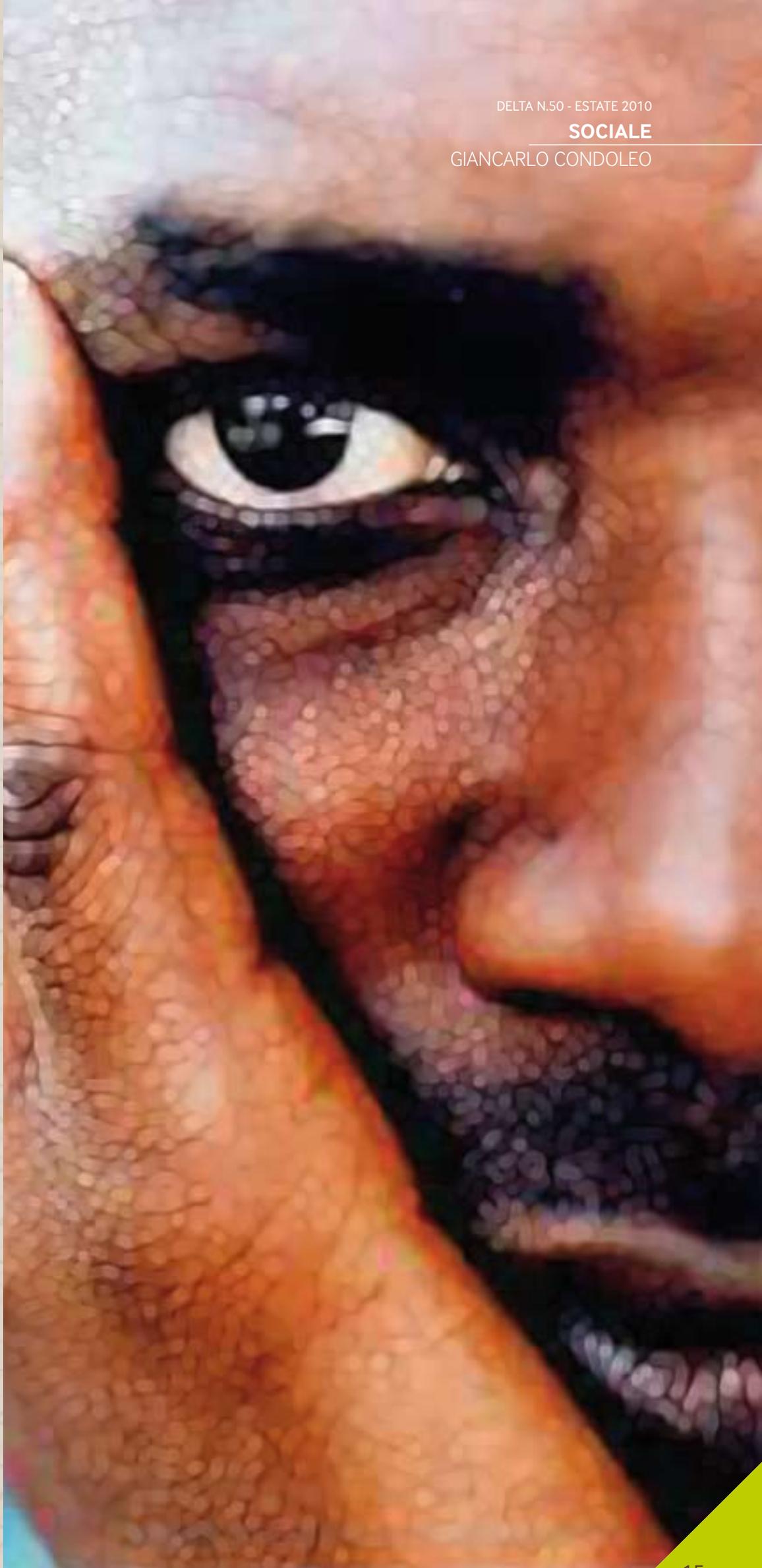


della prevenzione, della ricerca e dell'assistenza all'integrazione socio-sanitaria. Nell'ambito degli interventi di sorveglianza epidemiologica si è individuata la necessità di incoraggiare l'accesso al test richiesto, offrendo attivamente l'esame a gruppi di popolazione, a più elevata prevalenza di infezione, che si rivolgono, per diversi motivi, ai servizi sanitari. Bisogna, insomma, valutare possibili programmi di offerta routinaria nei servizi sanitari, contrastando attivamente lo stigma e le possibili conseguenze negative della diagnosi.

È dunque necessario elaborare un piano per la realizzazione di una campagna informativa tenendo conto delle ultime indicazioni dell'OMS e delle istituzioni europee. Il messaggio dato ai delegati della XVII International Aids Conference 2008 di Città del Messico, è quello di fare "uno sforzo senza precedenti per la prevenzione della trasmissione dell'hiv, così com'è stato fatto con grande successo per la terapia antiretrovirale". In particolare bisogna incentivare i giovani adulti, di qualunque orientamento sessuale - italiani e stranieri - a sottoporsi al test hiv. I sistemi di sorveglianza evidenziano che le caratteristiche di coloro che oggi si infettano sono completamente diverse da quelle di dieci o venti anni fa: non si tratta più di persone giovani e prevalentemente tossicodipendenti, ma piuttosto di adulti maturi che contraggono l'infezione attraverso rapporti sessuali. Secondo le stime dell'ISS, in Italia più della metà dei soggetti con una nuova diagnosi di aids ignora la propria sieropositività. L'obiettivo principale, pertanto, è quello di raggiungere la fascia di popolazione costituita dai cosiddetti "inconsapevoli": coloro che ignorano la propria sieropositività infettano gli altri attraverso rapporti sessuali e ricevono una diagnosi tardiva della malattia.

### L'ACCESSO UNIVERSALE

Le ultime evidenze scientifiche hanno messo in luce la doppia funzione che svolge la terapia antiretrovirale: quella di ottima cura per l'infezione da hiv e soprattutto come utile strumento di prevenzione. Ormai è noto che una persona sieropositiva in terapia antiretrovirale, con carica virale a zero da almeno sei mesi, non è infettiva. Nel rapporto sessuale non protetto con una persona hiv in terapia Haart, il rischio d'infezione è vicino allo zero; addirittura il rischio sarebbe più basso che nell'aver rapporti sessuali protetti con l'utilizzo del condom solo. In passato la mancanza di finanziamenti è stata citata come il motivo principale delle ripetute interruzioni delle terapie in molti paesi. La situazione si è ulteriormente aggravata con l'attuale crisi economica. Tuttavia, la maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea è riuscita a fissare la priorità del trattamento ininterrotto per l'hiv, adottando dove necessario misure per il controllo dei prezzi dei medicinali, sforzandosi di mantenere l'impegno a garantire l'accesso a prevenzione, trattamento e cura. L'accesso terapeutico universale, contornato da chiare strategie di prevenzione, contribuirebbe in maniera efficace ad arrestare il propagarsi di questa subdola infezione.



LE PIANTE OFFICINALI E I RIMEDI NATURALI HANNO DA SEMPRE PROPRIETÀ TERAPEUTICHE CHE, COADIUVATE DALLE CURE ALLOPATICHE, CERCANO DI INTERAGIRE POSITIVAMENTE NELLA RIUSCITA DEI RISULTATI.

# RIMEDI NATURALI...

## SENZA PERDERE DI VISTA LA TERAPIA

**Progetto "Natura": una piccola finestra di aggiornamento perché i lettori possano trarne vantaggio per gestire piccoli o grandi i problemi legati agli effetti collaterali delle terapie, all'umore e allo stato psico-fisico che ogni giorno è messo a dura prova dalla vita quotidiana.**

**I rimedi naturali possono contribuire a stimolare le potenzialità dell'organismo e a renderlo meno vulnerabile contro gli agenti esterni e interni a esso negativi. Ad ogni modo, l'uso di questi rimedi non deve sostituire le terapie prescritte 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.**



### IL TARASSACO

È una pianta molto conosciuta in Nord America come un'erbaccia infestante della quale disfarsi, in quanto nasce spontaneamente e ovunque. Il tarassaco o "Dente di leone", cresce anche in molte altre regioni del mondo, tra cui Cina, Francia e Germania. Le tenere foglie della pianta, raccolte in primavera, sono utilizzate per preparare insalate tonificanti.

Nella prima parte dell'estate, prima della fioritura, le foglie sono raccolte per infusi e tisane.

Vengono utilizzate anche le radici (di piante con almeno due anni di vita), le quali sono estratte in autunno, quando possiedono la più alta concentrazione di un complesso carboidrato chiamato inulina, per produrre pillole o infusi dopo opportuno trattamento.

### PROPRIETÀ

Ma il vero toccasana, nell'utilizzazione di questa erba, è il miglioramento delle funzionalità epatiche che, specialmente in soggetti che fanno largo utilizzo di terapie mediche, possono avere affaticamenti; o alla base avere una epatite. Inoltre, può favorire la diuresi, il transito intestinale e aiutare a tenere sotto controllo trigliceridi e colesterolo nel sangue.

30/40 gocce di tintura madre di tarassaco in un po' d'acqua, tre volte al giorno per un periodo di due mesi.

### CURIOSITÀ

Secondo alcuni studiosi il termine "tarassaco" deriva dal greco taràso/tarachè, ovvero turbamento. Altri lo fanno derivare dall'arabo tarakcheken, nome che indicava un tipo di cicoria.



### IL GUARANÀ

Spesso ci si sente poco concentrati, affaticati, stanchi... per una persona hiv positiva non è nuovo un simile stato di cose. Che esso sia imputabile alla terapia, o allo stesso virus, è difficile stabilirlo, ma sta di fatto che lo "stato infiammatorio alterato" di cui soffre l'organismo di una persona sieropositiva dà non poche complicazioni. Il guaranà, pianta rampicante sempreverde, nativa della foresta amazzonica, della famiglia delle Sapindaceae, può far molto per migliorare tali situazioni.

### PROPRIETÀ

Il guaranà si adopera per combattere la difficoltà di concentrazione, gli stati di affaticamento, anche la colite. Interagendo con la caffeina, altre metilxantine e farmaci antidepressivi è bene evitarla in caso di cardiopatie, ipertensione, ulcera peptica, ernia iatale e ipertiroidismo.

### CURIOSITÀ

Buona da mangiare, il guaranà, è stata una pianta sacra per molte tribù di Indios, da cui sono nate leggende. Una di queste rac-

conta di un giardino incantato in cui viveva una fanciulla che aveva conoscenze magiche. Tutti gli animali volevano sposarla: un giorno un piccolo serpente, con l'inganno, sfiorò la caviglia della giovane e la fecondò. Nacque così Curumi. Diventato grande, Curumi, curioso di mangiare il frutto che la mamma aveva coltivato nel giardino magico, vi si avventurò. Ma il ragazzo fu scoperto, ucciso e fatto a pezzi. Quando sua madre lo trovò, piangendo disse: "Tu, figlio mio, diventerai la più grande forza della Natura! Farai del bene a tutti gli uomini, liberandoli da alcuni mali e curandone altri". Pronunciate queste parole, la madre sotterrò prima gli occhi e poi gli altri pezzi del corpo del figlio. Dall'occhio destro nacque la pianta del guaranà.

### ECHINACEA

È una pianta originaria del Nord America della famiglia delle Compositae Tubiflore, dalle cui radici si ottengono estratti per la cura delle malattie da raffreddamento. Ne esistono diverse specie. Quelle più importanti dal punto di vista fitoterapico sono l'Echinacea angustifolia e l'Echinacea purpurea. La prima era quella usata dagli indiani d'America; la seconda fu studiata soprattutto dai ricercatori tedeschi alla fine degli anni '80 e attualmente è la più venduta, anche se non ci sono motivi scientificamente validi per stabilire quale delle due specie sia la più efficace.





### PROPRIETÀ

Essa è un ottimo stimolante per il sistema immunitario e un antinfiammatorio. I costituenti attivi attualmente ritenuti responsabili delle proprietà antivirali e immunostimolanti dell'echinacea sono molteplici, in particolare il gruppo dei polisaccaridi.

Come prevenzione una o due capsule al giorno di estratto secco di echinacea per due mesi o, per quanto riguarda le malattie da raffreddamento 30/50 gocce di tintura madre in un po' d'acqua tre volte al giorno sino alla scomparsa dei sintomi.

### CURIOSITÀ

Da più di cento anni, l'echinacea è nota come rimedio per accrescere la resistenza alle infezioni. Tuttavia altre culture ne conoscevano l'efficacia da molto più tempo: ad esempio gli indiani nordamericani e i primi coloni la usavano per curare le ferite, contro le malattie infettive e persino per il morso dei serpenti.

In California, oggi, si stanno studiando le possibili applicazioni dell'echinacea contro l'AIDS.

### LA PASSIFLORA

Questa pianta comprende circa 465 specie di piante erbacee perenni ed annuali, originarie dell'America centro-meridionale, con alcune specie provenienti dal Nord America, dall'Australia e dall'Asia.



### PROPRIETÀ

Nell'antichità gli Aztechi lo utilizzavano come rilassante. L'estratto di passiflora, per infuso o sciroppo, vanta proprietà sedative per il sistema nervoso, tranquillanti, ansiolitiche, antispasmodiche, curativi dell'insonnia e gli stati alterati dell'umore. Quante volte un sieropositivo si sente sotto pressione, sia per l'uso in sé dei farmaci e dei loro effetti collaterali sul Sistema Nervoso Centrale, che per uno stato di agitazione dovuto alla qualità della vita, ancora troppo spesso minacciata da agenti esterni?

Proprio per questo la Passiflora interagisce con barbiturici e sedativi, poiché ne aumenta gli effetti. In tutti i casi si assume da due a sei capsule di passiflora al giorno o, in alternativa, la tintura madre in un po' d'acqua tre volte al giorno per due o tre mesi, poi il trattamento va interrotto per almeno un mese.

Per l'insonnia si prendono 40 gocce di tintura madre di passiflora mezz'ora prima di andare a dormire.

### CURIOSITÀ

Da latino passio (passione) e flos (fiore) gli fu attribuito il nome di "fiore della passione" dai missionari Gesuiti nel 1610 per la somiglianza di alcune parti della pianta con i simboli religiosi della Passione di Cristo, perché il cerchio dei fiori ricorda la corona di spine di Gesù, gli stili i chiodi, le foglie la lancia, i viticci lo staffile. Questo nome fu attribuito da Linneo nel 1753, ma era già utilizzato dai gesuiti fin dal '600.

### LA CALENDULA

Detta comunemente "fiorencio", la calendula è un'erbacea annuale, o una perenne suffruticosa assai diffusa sia in natura che coltivata. Originaria dell'Europa, del nord Africa e dell'Asia meridionale la più conosciuta è la Calendula officinalis con fiori simili a grandi fiori di margherita di colore giallo-arancio brillante che appaiono da aprile a novembre e anche oltre. Essi contengono molti benefici principi attivi e vanno raccolti preferibilmente nelle prime ore del mattino.



### PROPRIETÀ

Tra i suoi effetti quelli più conosciuti sono antispasmodici e cicatrizzanti. Il decotto è consigliato per l'ulcera gastrica. Per quanto riguarda l'irregolarità del ciclo mestruale, l'ipertensione e la digestione difficile: quaranta gocce di tintura madre di calendula diluite in un po' d'acqua da assumere tre volte al giorno per due mesi consecutivi. In sostituzione della tintura madre è indicato anche l'infuso di calendula. Gli sciacqui a base di tintura madre diluita in un po' d'acqua sono indicati per gengiviti e stomatiti, così come spennellature di tintura madre pura nelle zone affette.

### CURIOSITÀ

Gli Egizi consideravano la calendula una pianta capace di far ringiovanire; gli Indù ne ornano i templi. Persiani e Greci utilizzavano i petali di calendula per decorare i cibi. Il nome derivato dal latino "calendae" sottolinea la quasi perenne fioritura indicando che essa è sempre in fiore il primo giorno del mese.

## CAMBIAMENTI DELL'IMMAGINE CORPOREA NELLE PERSONE CHE ASSUMONO TERAPIE ANTIRETROVIRALI

### IL METODO

POSIT è un'indagine socio-epidemiologica ideata e curata da Edge Consulting, con il supporto scientifico della Fondazione Nardir ed il supporto incondizionato di Abbott. Le variabili prese in esame sono socio-demografiche, epidemiologiche, fattori di rischio, patologie concomitanti, utilizzo di altri farmaci non ARV, stile di vita, cura della persona, percezione del medico inerente il profilo psicologico del paziente.

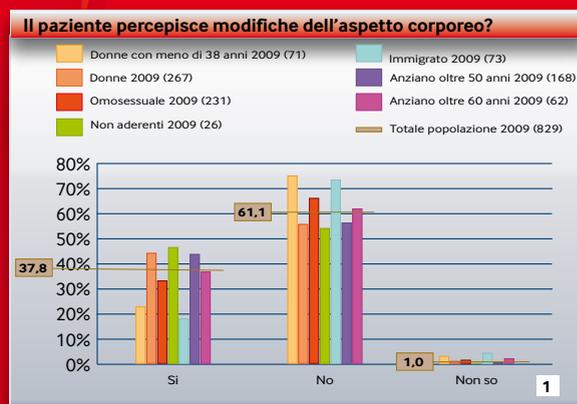
La terza indagine consiste in una rilevazione svolta nel dicembre 2009 con l'aiuto di 40 infettivologi afferenti ai principali centri italiani di Malattie Infettive. Un grande numero di casi clinici sono stati raccolti mediante compilazione di un questionario anonimo (contenente 40 quesiti). Il totale dei pazienti che formano il campione raccolto è stato di 1146 di cui il 79,5% in terapia.

L'indagine POSIT si arricchisce di ulteriori dati per la conoscenza delle criticità più rilevanti per le persone con infezione da HIV che assumono terapia antiretrovirale.

### LE MODIFICHE DELL'IMMAGINE CORPOREA

Seppur il fenomeno della lipodistrofia è in riduzione grazie all'utilizzo di farmaci meno tossici sul metabolismo mitocondriale (Nguyen A, Calmy A, Schiffer V, Bernasconi E, Battegay M, Opravil M, Evison JM, Tarr PE, Schmid P, Perneger T, Hirschel B; Swiss HIV Cohort Study.. Lipodystrophy and weight changes: data from the Swiss HIV Cohort Study. HIV Med. 2008; 9:142-50), la lipodistrofia è una delle conseguenze della terapia antiretrovirale vissuta con maggior disagio dalle persone con infezione da HIV ed è uno dei fattori più preoccupanti per chi sta per iniziare la terapia antiretrovirale stessa. Molti studi hanno dimostrato

come la **lipodistrofia si associ significativamente ad una riduzione dei livelli di qualità della vita** (Guaraldi G, Murri R, Orlando G, Giovanardi C, Squillace N, Vandelli M, Beghetto B, Nardini G, De Paola M, Esposito R, Wu AW. *Severity of lipodystrophy is associated with decreased health-related quality of life. AIDS Patient Care STDS 2008;22:577-85*; Guaraldi G, Murri R, Orlando G, Squillace N, Stentarelli C, Zona S, Garlassi E, Martínez E. *Lipodystrophy and quality of life of HIV-infected persons. AIDS Rev. 2008;10:152-61*). Altri studi di letteratura hanno evidenziato la correlazione tra comparsa di lipodistrofia e **livelli sub ottimali di aderenza** (Guaraldi G, Murri R, Orlando G, Orlandi E, Sterrantino G, Borderi M, Grosso C, Cattelan AM, Nardini G, Beghetto B, Antinori A, Esposito R, Wu AW. *Morphologic alterations in HIV-infected people with lipodystrophy are associated with good adherence to HAART. HIV Clin Trials 2003;4:99-106*; Ammassari A, Antinori A, Cozzi-Lepri A, Trotta MP, Nasti G, Ridolfo AL, Mazzotta F, Wu AW, d'Arminio Monforte A, Galli M; AdlCoNA Study Group. *LipolCoNA Study Group. Relationship between HAART adherence and adipose tissue alterations. J Acquir Immune Defic Syndr 2002;31 Suppl 3:S140-4*) così come **l'impatto negativo sulla vita sessuale** (Luzi K, Guaraldi G, Murri R, De Paola M, Orlando G, Squillace N, Esposito R, Rochira V, Zirilli L, Martinez E. *Body image is a*



major determinant of sexual dysfunction in stable HIV-infected women. *Antivir Ther* 2009;14:85-92; Guaraldi G, Luzi K, Murri R, Granata A, De Paola M, Orlando G, Squillace N, Malmusi D, Carani C, Comelli D, Esposito R, Martinez E. Sexual dysfunction in HIV-infected men: role of antiretroviral therapy, hypogonadism and lipodystrophy. *Antivir Ther*. 2007;12:1059-65).

Dai dati POSIT si evince che la prevalenza del fenomeno lipodistrofia è decisamente ancora elevata. **Circa il 38% dei pazienti percepisce delle modifiche dell'aspetto corporeo.** Le donne percepiscono con una frequenza superiore agli uomini le modifiche dell'immagine corporea mentre gli immigrati le percepiscono con frequenza nettamente minore (tabella 1).

Almeno 2/3 della popolazione riporta modifiche dell'aspetto corporeo di lunga durata, cioè da 5 anni o più (tabella 2).

È interessante notare che la maggioranza dei pazienti che percepisce modifiche della propria immagine corporea (63%) non abbiano mai compilato un questionario su questi aspetti. Fra la piccola parte di pazienti che compila tali questionari c'è una leggera prevalenza delle donne e degli anziani (tabella 3).

**Il 55% dei pazienti riporta la lipoatrofia come modifica dell'aspetto corporeo, il 34% il lipoaccumulo e il 5% l'ittero sclero-**

**rale.** Le donne giovani e gli omosessuali tendono a riportare più frequentemente la lipoatrofia. Tra i pazienti che riportano l'ittero, le donne e gli immigrati sono le popolazioni che riferiscono la frequenza più alta.

**Inoltre, il paziente che percepisce modifiche dell'aspetto corporeo è più spesso depresso (47% nel paziente con modifiche dell'aspetto corporeo versus 38% nel paziente che non percepisce tali modifiche).** La proporzione di persone depresse è anche più alta nei pazienti con lipoatrofia (57% nel paziente con lipoatrofia versus 36% nel paziente senza lipoatrofia); in quasi la metà dei casi **la depressione si combina ad ansia e, nel 30% dei casi, è di grado moderato/marcato (tabella 4).**

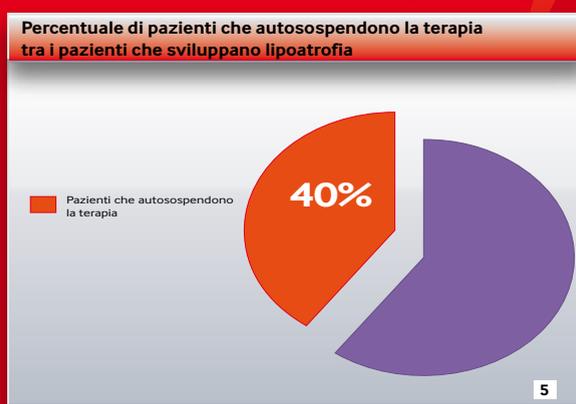
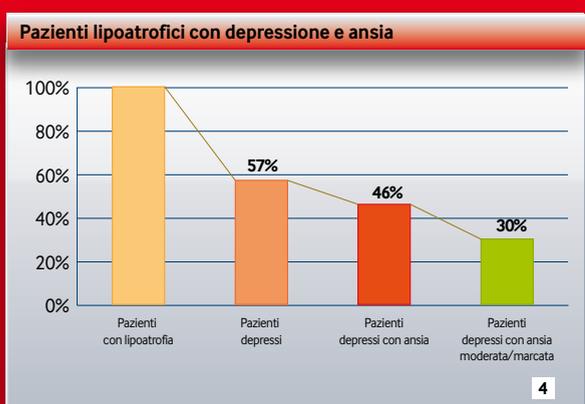
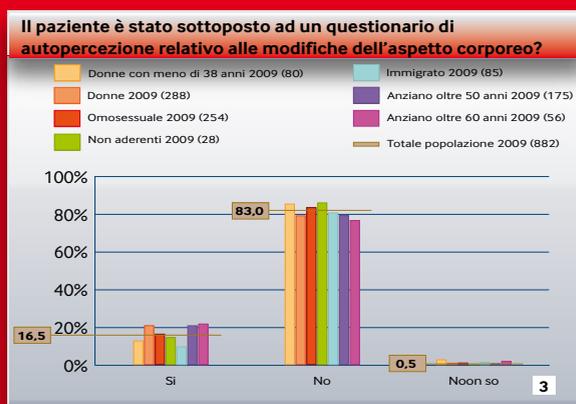
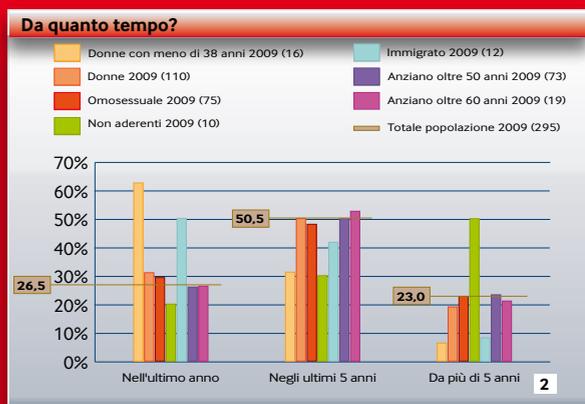
Un dato importante che emerge è quello relativo alle **autosospensioni di terapia che vengono riportate dal 36% dei pazienti che percepiscono modifiche dell'aspetto corporeo rispetto al 30% di coloro che non percepiscono tali modifiche.** La percentuale dei pazienti che autosospende la terapia sale al 40% quando essi dichiarano di percepire lipoatrofia (tabella 5).

## CONCLUSIONI

L'indagine di POSIT assume un significato importante soprattutto in considerazione del fatto che è stata effettuata molto recentemente. I dati infatti sono aggiornati al 2009. La lipodistrofia rimane ancora un problema rilevante per prevalenza e per impatto sugli aspetti psico-sociali della persona.

I dati mostrano che la lipoatrofia è la manifestazione lipodistrofica più frequente, che il 5% circa dei pazienti riferisce di aver presentato ittero. I pazienti che più di altri sembrano percepire l'impatto di questo problema sono le donne, insieme agli anziani ed agli omosessuali. I pazienti con lipodistrofia, ed in particolare quelli con lipoatrofia, riportano tassi maggiore di depressione ed ansia. Inoltre, le persone che percepiscono modifiche del proprio aspetto corporeo, ed in particolar modo lipoatrofia, sono anche quelle che riportano tassi più alti di autosospensioni della terapia antiretrovirale.

Leggendo questa ulteriore analisi dello studio POSIT è auspicabile che venga mantenuto alto l'impegno da parte dei clinici così come dei pazienti per la riduzione e soprattutto per la prevenzione dei fenomeni legati alla lipodistrofia. Sembra ancora troppo bassa la quota di persone a cui viene proposta la compilazione di strumenti per l'autopercezione di modifiche dell'aspetto corporeo anche perché evidenze di letteratura suggeriscono che la rilevazione basata sulla percezione del paziente in termini di lipodistrofia possa essere anche più accurata di quella del medico. Un uso più estensivo di tali strumenti permetterebbe una rilevazione più attenta del fenomeno e basi più idonee per opportune strategie di contenimento del fenomeno lipodistrofia permettendo altresì di evidenziare l'insorgenza di tali alterazioni permanenti dell'immagine corporea già nelle prime fasi.



## hiv e ... GRAVIDANZA



nadir

usqil

QUESTA LA NUOVA GUIDA ELABORATA DA NADIR ATTUALMENTE IN DISTRIBUZIONE PRESSO I CENTRI CLINICI E LE ASSOCIAZIONI.

Supervisione scientifica: **Dr.ssa Gabriella d'Ettore**, Malattie Infettive e Tropicali, Policlinico Umberto I - Roma e **Prof. Vincenzo Vullo**, Ordinario di Malattie Infettive, Università di Roma "Sapienza"

Si ringrazia il contributo di Bristol-Myers Squibb

**L**a gravidanza è un momento importante e complesso che coinvolge molti aspetti, tra cui quelli emotivi. Quando si innesta il problema dell'HIV, la situazione diventa più delicata. Ma oggi, anche in presenza del virus, può essere affrontata e gestita con ampi margini di sicurezza.

Nadir propone questa pubblicazione di sostegno a chiunque voglia o debba affrontare una gravidanza, mirata a facilitare la comunicazione con il medico. Molti dei temi trattati implicano scelte personali, da un punto di vista medico e di progettualità. Ci auguriamo che questo testo possa essere di aiuto per intraprendere il percorso in modo sereno e consapevole.

La guida, aggiornata rispetto a quella pubblicata nel 2003 sulla base delle nuove linee guida, è stata concepita a due livelli: uno semplice e diretto per chi necessita di informazioni più immediate, l'altro più complesso per chi desidera approfondire il tema. Include aspetti quali la trasmissione verticale (da madre a figlio), le misure più efficaci per prevenirla, la pianificazione consapevo-

le della gravidanza, i suggerimenti che riguardano le coppie sierodiscordanti o entrambi sieropositive, la terapia per la donna in gravidanza, la gravidanza in presenza di coinfezioni da HBV o HCV e le modalità del parto.

Come indicato nell'introduzione, "l'infezione da HIV in Italia si è radicalmente modificata negli ultimi anni: oggi la trasmissione avviene, nella maggioranza

dei casi, per via sessuale con un progressivo aumento fra le donne in età fertile. In presenza dei farmaci antiretrovirali, la malattia ha acquisito un carattere di "cronicità". Questo ha favorito un maggiore desiderio di genitorialità. Non solo grazie alla migliorata prognosi della malattia, ma anche alla possibilità di minimizzare il rischio di trasmissione verticale.