

Sanità:



una società feudale

esclusi dai veri momenti decisionali e gestionali di questa presunta riforma. L'aspetto più pericoloso è il venir meno del rapporto fiduciario tra paziente e medico, base di qualunque percorso terapeutico. **Entrambi, infatti, ne sono vittime.**

La Società Feudale, titolo dell'opera magna di Marc Bloch (1886-1944), rispecchia la realtà del mondo della Sanità nel nostro paese oggi e delle conseguenze sulla nostra salute.

Ma non solo il titolo è rivelatore. Anche nel contenuto si riscontrano altre similitudini: il cittadino crede, erroneamente, di essere curato dai medici (responsabile di feudo), quando invece sono gli amministratori regionali (feudatari) a decidere di quali servizi, farmaci e strumenti diagnostici egli possa o meno beneficiare.

Queste Corti verticistiche (regionali, provinciali e della singola struttura sanitaria) sono sovente, con grande cinismo, mascherate di etica, cultura e scientificità, per coprire una sostanza di natura ragionieristica e spesso clientelare (dominazioni ecclesiastiche, nepotismo).

Lo scenario, oggi, al terzo millennio, non è diverso. Tutti ci rendiamo conto che le risorse economiche e umane devono essere ottimizzate e gestite secondo criteri genuini al servizio della sanità pubblica, ma questo processo non può essere delegato a chi, per anni, ha pensato sistematicamente in senso opposto.

I cittadini e l'associazionismo - in un ambito dove diventano protagonisti in una fase di debolezza della vita (la malattia) - sono



IAS 2011

pag.12

2 BREVI

4 SORVEGLIANZA HIV

5 STR: PROSPETTIVE

6 RESISTENZA DI BARRIERA

7 CONFERENZA ONU

8 INDIA: AL DI LÀ DELL'ORIZZONTE

10 RIMEDI NATURALI

11 COMPLICAZIONI NEUROPSICHIATRICHE

12 IAS 2011

16 METABOLISMO OSSEO

17 ADERENZA TERAPEUTICA

18 IL PAZIENTE INFORMATO

20 HIV E...INVECCHIAMENTO

TOSSICITÀ DEL RALTEGRAVIR/ISENTRESS

È stato riportato da studi clinici un effetto indesiderato del Raltegravir. Anche se non riscontrato negli studi di fase III, sono stati riportati vari episodi di elevazione del CK, non rilevati nel braccio con placebo. In alcuni casi tale elevazione ha condotto a rhabdmiolisi.

Gli episodi riportati erano rilevati in concomitanza con fattori confondenti come l'uso di inibitori di riduttasi. L'evento av-

verso è stato riportato nel foglietto descrittivo del farmaco.

EATGnews, 14/5/2011
Da: Current HIV Research, 2011, 9, 40-53
1570-162X/11 \$58.00+.00 © 2011 Bentham Science Publishers Ltd.
Long-Term Safety from the Raltegravir Clinical Development Program
Hedy Teppler, Deborah D. Brown, Randi Y. Leavitt, Peter Sklar, Hong Wan, Xia Xu, Fabio Lievano, Heidi P. Lehman, T. Christopher Mast and Bach-Yen T. Nguyen
Merck Research Laboratories, North Wales, PA, USA

Testimonianza

Purtroppo ne sono vittima, dopo circa un anno e mezzo dall'inizio della terapia col suddetto farmaco, che peraltro non mi aveva mai dato alcuna avvisaglia.

Tutto è cominciato da uno strano mal di schiena che si irradiava dalla base del collo fino ai reni. Ma, per chi come me fa sport, e ha quarantasei anni, può succedere. Seguirono sintomi influenzali. Come prevedere il peggio? Il medico di ba-

se mi disse di prendere un antipiretico e un antibiotico in caso di febbre oltre i 37° e mezzo.

Nell'arco di ventiquattro ore la situazione è precipitata. Pronto soccorso. Medici che brancolavano nel buio. CK a 45310 UI/L, 17 giorni di degenza. Poi, convalescenza lunghissima e rieducazione motoria...

Alfredo65, Roma

KALETRA E CANCRO DELLA CERVICE

Il giornale Antiviral Therapy ha riportato uno studio dell'Università di Manchester che ha dimostrato che il lopinavir aumenta la produzione di ribonucleasi L in cellule infettate con il cancro prodotto dal papilloma umano. L'HPV sembra ridurre l'espressione di ribonucleasi ma viene ridotta notevolmente dal lopinavir. Gli autori dello studio affermano che la concentrazione della molecola sufficiente per svolgere tale processo di inibizione è di 10-15 volte superiore a quella necessaria per inibire l'HIV e pertanto vi sarebbe bisogno di formulare una preparazione topica cremosa, che sarebbe anche di facile somministrazione.

Batman G et al. *The HIV protease inhibitor lopinavir up-regulates expression of the antiviral protein ribonuclease L in HPV positive cervical carcinoma cells.* Antiviral Therapy, advance online publication, 3 May, 2011.

LINEE GUIDA SUI LIVELLI DI VITAMINA D

Un pannello di esperti della Società di endocrinologia suggerisce che le persone con HIV potrebbero necessitare oltre il doppio dei livelli di vitamina D normalmente necessari alle persone senza HIV.

Tali concetti sono stati espressi sulla versione online del Giornale di Endocrinologia Clinica e Metabolismo del 6 giugno

2011. Tale vitamina, essenziale per la salute ossea e per la protezione dalla malattia cardiovascolare, è carente nelle persone con HIV.

Ciò può accadere a causa della somministrazione di farmaci come il Sustiva (e quindi Atripla). Il gruppo di endocrinologi ha inoltre suggerito la rilevazione dei livelli di vitamina D in tutte le persone con HIV

come analisi di routine sia per coloro che prendono il Sustiva, sia per le persone con HIV con età maggiore di 50 anni o obese. Se si riscontra deficit, bisogna somministrare 50.000 UI alla settimana per 8 settimane, seguite da 2000 UI al giorno come dose di mantenimento.

AIDSmeds.com 11/6/2011

PAZIENTI E FARMACI GENERICI

La maggior parte dei pazienti (64,8%) appare ben disposta nei confronti dell'equivalente, con una punta del 21% che "spesso lo richiede" e un 43,8% che lo accetta ma "solo in alcuni casi".

Resiste, comunque, uno zoccolo duro del 35,2% dei pazienti che invece non vuole assolutamente assumere un generico: percentuale senza dubbio rilevante, che dimostra che c'è ancora molta strada da fare

prima che il farmaco equivalente possa far breccia in Italia come negli altri Paesi.

Sanita.news 10/5/2011

RETTIFICA

Pubblichiamo la rettifica di una frase edita a pag. 9 di Delta 54, articolo ICAR: "A livello internazionale i Governi (e quindi anche il Ministero della Salute Italiano

e quindi il Ministro) sottoscrivono diverse indicazioni di intento e raccomandazioni sul tema HIV e AIDS, ma tra queste e la traduzione nella realtà "c'è di mezzo il mare", intendendo con questo sotto-

lineare la non semplice attuazione delle dichiarazioni a livello centrale, regionale e locale."

Stefania D'Amato

MEDICI DI FAMIGLIA E FARMACI GENERICI

I medici di base hanno ancora poca fiducia nei confronti del farmaco generico, ma lo prescrivono, pur con qualche riserva, a pazienti che cominciano a richiederlo più frequentemente. È il risultato del sondaggio del Centro Studi Mercurio effettuato nell'ultima settimana di aprile su un campione di 204 medici di base in tutta Italia.

Alla domanda "l'equivalente ha la stessa efficacia terapeutica del farmaco branded",

solo il 37,6% dei professionisti interpellati ha risposto sì, il 57,4% non si fida (37,4%) o lo fa solo in alcuni casi (25,9%), mentre un 4,9% non sa rispondere. Un dato in parte smentito dalle indicazioni sulle prescrizioni, effetto probabilmente delle varie campagne a favore del farmaco non griffato promosse negli ultimi tempi dal ministero e dalle Asl locali: se c'è un 'irriducibile' 42,6% che scrive sulla ricetta il farmaco di marca, il 57,4% va nella direzione opposta:

il 38,9% dei medici precisa solo il nome del principio attivo o il principio attivo seguito dal nome dell'azienda produttrice (18,5%). La maggioranza dei medici intervistati si è poi ricompattata sulla domanda "è mai accaduto che un farmacista sostituisse il generico con un altro simile, creando confusione nel paziente?"; ha risposto con un inequivocabile assenso il 75,9% degli interpellati, di cui il 54,9% con un deciso sì, e un 21% "qualche volta".

I PUNTI DEBOLI DEL MRSA

Identificati da un team di ricercatori inglesi i geni del batterio stafilococco aureo meticillino resistente, Mrsa, funzionali alla sopravvivenza del batterio quando viene colpito da agenti antibatterici.

Per capire meglio come il Mrsa riesce a combattere gli antimicrobici e a sopravvivere, gli studiosi hanno sviluppato una mappa genetica e hanno individuato 22 possibili geni su cui intervenire per bloccarlo. Ad esempio, servendosi del peptide

antimicrobico ranalexin hanno identificato nel gene 'ftsH' un potenziale punto debole del batterio: il peptide indebolisce le pareti e la membrana cellulare del batterio.

"Le infezioni da stafilococco multi-farmaco resistenti come il Mrsa - ha detto Ian Overton, uno degli autori dello studio - sono un problema mondiale e continuano a emergere ceppi resistenti alle cure disponibili. Lo sviluppo di nuovi farmaci è quindi importante. Il nostro metodo di network

biology ci ha fatto capire come il Ranalexin agisce per uccidere il Mrsa e ci ha aiutato a comprendere meglio come si sviluppano le infezioni.

Queste conoscenze contribuiscono alla creazione di nuove strategie per curare il Mrsa".

Lo studio è pubblicato sulla rivista BMC Systems Biology.

Sanita.news 23/6/11

I SINTOMI DELL'INFARTO

Non sempre si manifestano tutti insieme ed in modo drammatico. In alcuni casi si presentano e persistono per alcuni giorni prima della comparsa del vero e proprio infarto, ma non si può sapere come appariranno, quale sarà il sintomo principale e la sua intensità. Inoltre i sintomi cambiano secondo la persona, l'età, il sesso, da persona a persona, da età a età, da uomo a donna. L'infarto può anche non presentarsi con il noto malore e con il dolore acuto al petto e per questo non è facile capire che cosa ci stia succedendo. I sintomi confondenti sono considerati subdoli dai cardiologi stessi. Ma in presenza di un attacco di cuore conta qualsiasi secondo per evitare il peggio. L'infarto del miocardio avviene quando si ostruiscono le arterie coronarie che fanno affluire il sangue al muscolo cardiaco, lasciandolo senza ossigeno e inducendo una necrosi di parte del muscolo. L'ostruzione può avvenire a causa di un trombo, di accumulo di grasso o di calcio o di ambedue.

I sintomi più riconoscibili sono:

1) nausea o dolori di stomaco (possono includere crampi nella parte superiore dello stomaco e vomito). Sono più frequenti nelle persone oltre i 60 anni,

2) dolori al petto, alle spalle, al collo, alle braccia e/o alle orecchie (in alcuni casi non si manifestano),

3) senso di spossatezza acuto che si percepisce per alcuni giorni. Si presenta soprattutto nelle donne,

4) dispnea e senso di soffocamento. Infatti quando il cuore non riceve sufficiente sangue, non riceve neanche l'ossigeno necessario e questo si ripercuote nel respiro,

5) giramento di testa e emicrania, causato sempre dalla mancanza di ossigeno,

6) tachicardia, ovvero, battito del cuore molto frequente accompagnato da sudore freddo,

7) ansia e insonnia. Non se ne conosce la ragione, ma è stata descritta l'impossibilità di addormentarsi prima dell'attacco di cuore,

8) affaticamento e debolezza che assomigliano ai sintomi influenzali.

"In presenza di sintomi neurovegetativi (vomito, sudorazione fredda, nausea e malessere generale), se si sospetta che possano

essere dovuti ad un problema cardiaco, è indispensabile chiamare subito l'ambulanza. Il dolore dell'infarto, comunque, è più endogeno di quello muscolare o dell'influenza. Spesso si tende a telefonare al proprio medico ma questo non fa altro che ritardare il soccorso. I sintomi, purtroppo, possono essere intermittenti e non c'è una regola assoluta. Possono avere caratteristiche confondenti e dunque non è facile per la persona comprendere se la situazione è grave. Ma non bisogna perdere tempo ed è indispensabile ricorrere subito al 118.

Se vi è a disposizione, si può assumere la Trinitrina e l'aspirina da 100 a 300 mg: la prima diminuisce la vasocostrizione e la seconda fluidifica il sangue, ma nessuno dei due farmaci diminuisce i sintomi, né guarisce dall'infarto. In ogni caso bisogna ricorrere urgentemente all'angioplastica che con una piccola sonda immessa nel flusso sanguigno, raggiunge il cuore e apre le arterie coronarie inserendo uno *stent* medicato, ovvero un piccolo cilindro che mantiene aperta la coronaria che si è occlusa a causa del grasso o della calcificazione."

Dott. Marco Renzi, dirigente servizio cardiologia osp. Santo Spirito, Roma.



SORVEGLIANZA HIV IN ITALIA: DIFFICOLTÀ E SUCCESSI

EPIDEMIOLOGIA
BARBARA SULIGOI
LAURA CAMONI

IN RIFERIMENTO ALL'ARTICOLO PUBBLICATO SUL N. 54 DELLA RIVISTA DELTA (PAG. 9), CHE RIPORTAVA IL RESO-
CONTO DELLA SESSIONE SU "EPIDEMIOLOGIA E PRE-

VENZIONE" NELL'AMBITO DEL CONVEGNO ICAR 2011, IL
COA DESIDERA CONTRIBUIRE CON IL PRESENTE COM-
MENTO.

IN PRINCIPIO ERA LA SORVEGLIANZA DELL'AIDS

In Italia la sorveglianza dei casi di AIDS è stata formalizzata nel 1986, quando l'AIDS è divenuta una malattia infettiva a notifica obbligatoria ed è stato identificato il Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità per raccogliere ed analizzare i dati nazionali. In questi 25 anni il COA ha prodotto periodicamente un rapporto sull'epidemia di AIDS e ha fornito dati aggiornati sull'andamento dei casi di AIDS agli enti internazionali (EuroHIV, ECDC, WHO, UNAIDS).

NON SOLO AIDS...

Verso il 2000 le nazioni europee hanno concordato sull'importanza di raccogliere dati non solo relativi alle persone con malattia conclamata ma anche alle persone HIV positive non ancora in AIDS.

La rilevanza di questi dati era stata compresa già da vari anni da alcune regioni/province italiane che raccoglievano in modo autonomo i dati sulle *nuove diagnosi di infezione da HIV*, alcune sin dal 1985 (pubblicati sul Notiziario ISS dal 2003 in poi, <http://www.iss.it/publ/noti/>).

In Europa il processo è ancora in itinere perché non tutte le nazioni hanno dei sistemi a copertura nazionale (vedi Italia e Spagna), mentre altre (vedi alcune nazioni dell'est Europa) hanno dei sistemi a copertura nazionale che necessitano però di migliorie poiché riportano dati sottostimati e incompleti.

IL LUNGO PERCORSO VERSO LA SORVEGLIANZA HIV

Dal 2000 il COA ha cominciato a promuovere l'attivazione di una sorveglianza nazionale HIV cercando di superare gli ostacoli più evidenti: 1) sensibilizzando le regioni che non avevano ancora avviato un sistema di sorveglianza HIV, con riunioni, convegni e colloqui con i referenti locali; 2) incoraggiando il Ministero della Salute a produrre un atto normativo che definisse la messa in funzione di un sistema nazionale; 3) confrontandosi con il garante della Privacy, per cercare di chiarire

gli elementi a tutela della persona sieropositiva.

In questo processo si è sviluppato un confronto e un dibattito con molte regioni ed ONG in merito all'identificativo da adottare per la segnalazione dei casi al sistema di sorveglianza. Partendo dalle situazioni divergenti di altre nazioni europee, che usavano il nome per esteso o un codice concordato, si è giunti, dopo vari anni, ad un documento finale che definiva il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV.

Tale documento è stato ripetutamente discusso, modificato, condiviso, e approvato (come si può immaginare, i tempi sono stati molto lunghi) dalla Commissione Nazionale AIDS, dal Consiglio Superiore di Sanità, dal Comitato Tecnico per la salute delle regioni, dal Coordinamento Interregionale, dalla Consulta delle Associazioni non governative, e infine dal Ministero della Salute.

Così, a metà del 2008, il percorso che il COA aveva iniziato nel 2000 è giunto a una prima meta attraverso la pubblicazione del Decreto del Ministero della Salute che stabiliva l'obbligatorietà della segnalazione delle nuove diagnosi di infezione da HIV e l'avvio (regionale) della sorveglianza HIV.

DOPO IL DECRETO DI LUGLIO 2008

Ciascuna delle regioni che doveva avviare il sistema di sorveglianza HIV ha dovuto affrontare negli ultimi 2 anni tutti i passaggi tecnici e amministrativi necessari per giungere fino all'approvazione di circolari regionali che definissero l'attivazione del sistema a livello locale, con modalità e tempi diversi da regione a regione.

L'attuazione di questo percorso non è stata né semplice né breve e in questi 2 anni abbiamo cooperato direttamente con le regioni, incoraggiando l'individuazione di referenti regionali e di centri di riferimento clinico e laboratoristico; abbiamo offerto



supporto tecnico per armonizzare le schede di raccolta dati e i modelli operativi locali di archiviazione dati; abbiamo risposto alle difficoltà informatiche, realizzando una piattaforma tecnologica in ambiente web per l'invio dei dati in forma totalmente protetta.

La perseveranza, comunque, ha premiato gli sforzi di tutti e per ottobre 2011 il sistema di sorveglianza HIV dovrebbe arrivare a coprire il 95% del territorio italiano. Il nuovo sistema di segnalazione via web, che abbiamo istituito di recente, intende accelerare anche i tempi di trasmissione dati. Infatti, nonostante il decreto 2008 stabilisca che i dati HIV devono essere inviati al COA entro marzo dell'anno successivo alla segnalazione, la maggioranza delle regioni invia i dati non prima di 9-10 mesi dopo la fine dell'anno.

Questo ritardo di notifica, che non consente di pubblicare i risultati se non a distanza di oltre un anno, è un fenomeno peraltro comune anche agli altri Paesi europei: l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) infatti pubblica alla fine di ogni anno il report HIV/AIDS contenente i dati relativi all'anno precedente (a dicembre 2010 sono stati pubblicati i dati europei relativi al 2009).

Barbara Suligoi e Laura Camoni (COA, ISS, Roma)

UNA COMPRESSA UNA VOLTA AL DÌ: PROSPETTIVE

INTRODUZIONE

La HAART (terapia antiretrovirale altamente efficace) è sempre stata una terapia complessa, costituita da più principi attivi assunti dal paziente quotidianamente: il suo successo è strettamente legato ad una elevata aderenza.

Per tale motivo, nel corso degli anni si è cercato di ridurre il numero di somministrazioni giornaliere e il numero di compresse, attraverso l'associazione di più principi attivi in compresse co-formulate, fino ad arrivare alla singola compressa - da assumere una volta al dì - contenente tutti i principi attivi necessari alla composizione di una terapia completa (STR = Single Tablet Regimen).

Da alcuni anni le linee guida internazionali e italiane sul trattamento dell'infezione da HIV hanno sottolineato l'importanza di tali innovazioni scientifiche, prendendo questo parametro tra i discriminanti positivi/preferenziali per la scelta della terapia.

VANTAGGI DELL'STR

La coformulazione completa dell'intero regime terapeutico garantisce l'assoluta concomitanza dell'assunzione, eliminando il fenomeno "aderenza parziale o selettiva", che, di per sé, costituisce un pericolo per il paziente poiché lo espone ad un maggior rischio di creazione di resistenze a causa di possibili mono/biterapie momentanee. Indubbio è inoltre il vantaggio sugli aspetti di praticità e minor ingerenza nella quotidianità di una persona della terapia (un solo momento al giorno per tutta la terapia, meno compresse da portarsi dietro in caso di spostamenti).

L'STR si è dimostrato, inoltre, utile anche in popolazioni ritenute "a rischio aderenza" quali i pazienti senza fissa dimora: la compressa che racchiude TDF-FTC-EFV (Atripla) attualmente in commercio è stata associata, in un recente lavoro americano, ad una più alta aderenza e maggior successo virologico rispetto a regimi con più compresse (Bangsberg DR, AIDS 2010 Oct 31).

LA NUOVA GENERAZIONE

Sono in corso studi che riguardano due nuovi STR composti da un comune backbone nucleosidico (TDF/FTC) e due nuovi farmaci (come terzo farmaco): rilpivirina ed elvitegravir.

La rilpivirina (TMC278) è un NNRTI di seconda generazione con elevata potenza virologica, più lunga emivita rispetto agli NNRTI di prima generazione e, dai primi dati, promettente tol-

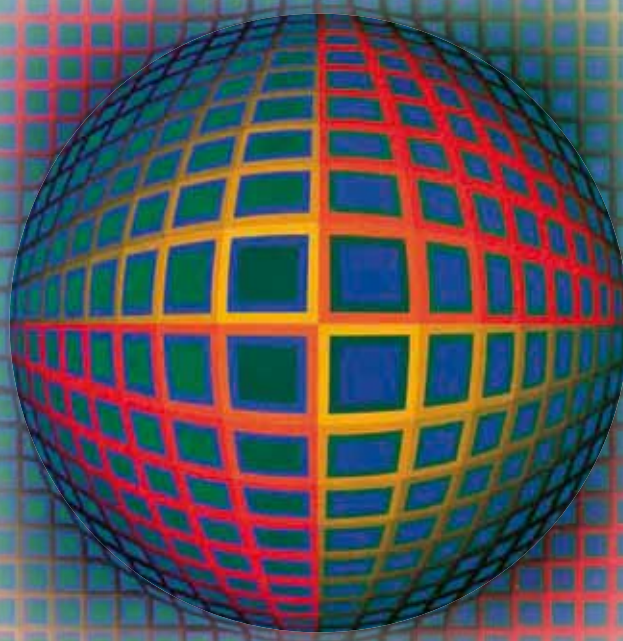
dalla ricerca farmaceutica, questa compressa STR sarà, inoltre, notevolmente più piccola rispetto a quella attuale di Atripla.

Elvitegravir è un inibitore dell'integrasi attualmente in fase 3 di sperimentazione che necessita di potenziamento. Alla conclusione di uno studio di fase 2 è stato dimostrato che i pazienti che prendevano una volta al giorno elvitegravir potenziato con ritonavir avevano significative riduzioni della carica virale. Elvitegravir, a somministrazione di una volta al dì, sembra avere le stesse caratteristiche virologiche al fallimento del raltegravir (già in commercio). Per ovviare alla tossicità del ritonavir come potenziatore, l'azienda farmaceutica Gilead ha messo a punto cobicistat (GS-9350, pk enhancer).

In uno studio clinico conclusosi di recente, cobicistat è stato somministrato a pazienti non trattati a 150 mg vs 100 mg di ritonavir: tutti in regime con atazanavir somministrato una volta al giorno + TDF/FTC per 48 settimane. In questo contesto terapeutico cobicistat e ritonavir avevano simile efficacia, sicurezza, e tollerabilità.

E' stata avviata, quindi, una sperimentazione in pazienti naive con

un'unica compressa coformulata (QUAD, 4 in 1) contenente elvitegravir, tenofovir, emtricitabina e il nuovo potenziatore cobicistat.



"L'evoluzione della HAART mira alla riduzione delle somministrazioni giornaliere e l'associazione di più principi attivi in un'unica compressa."

lerabilità. Ha completato con successo gli studi di fase II sia nei pazienti pretrattati sia in quelli naive.

Gli studi di fase 3 (ECHO e THRIVE) hanno riguardato pazienti naive con un dosaggio pari a 25 mg giornalieri: i risultati presentati dopo 48 settimane di trattamento hanno evidenziato una pari efficacia rispetto ad efavirenz (farmaco di confronto), una marcata riduzione degli effetti collaterali sia a livello del sistema nervoso centrale e sia delle alterazioni metaboliche. Il nuovo STR contenente TDF, FTC e RPV (TDF/FTC/RPV), se saranno confermati i dati di efficacia a lungo termine, potrebbe quindi divenire un regime di prima scelta nel trattamento antiretrovirale. Grazie ai progressi compiuti

CONCLUSIONI

La complessità degli schemi terapeutici e l'assoluta necessità di una piena aderenza da parte del paziente hanno storicamente diretto l'evoluzione della HAART verso una riduzione delle somministrazioni giornaliere e l'associazione di più principi attivi in un'unica compressa.

Il prossimo futuro, visti gli studi descritti in questa sede e negli scorsi numeri di Delta, vedrà nello scenario dei farmaci disponibili una nuova gamma di regimi terapeutici a singola compressa, che contengono una HAART completa e da assumersi una volta al giorno. La disponibilità di STR differenziati aumenterà la possibilità di scelta e personalizzazione del regime terapeutico anti-HIV.

RESISTENZA DI BARRIERA

TERAPIA
SERGIO LO CAPUTO

(...OVVERO L'UNIONE FA LA FORZA)

GLI ATTUALI REGIMI TERAPEUTICI CON FARMACI ANTIRETROVIRALI GARANTISCONO UN'ELEVATA EFFICACIA ASSOCIATA AD UNA BUONA TOLLERABILITÀ. TUTTAVIA, ASSICURARE UN'EFFICACIA DURATURA CHE DIPENDE DA UNA CORRETTA ASSUNZIONE NEL CORSO DEGLI ANNI È CRUCIALE NELLE TERAPIE DA ASSUMERSI OGNI GIORNO.

TERAPIA E FALLIMENTO

La disponibilità di regimi terapeutici caratterizzati da un sempre minor numero di compresse da assumere una sola volta al giorno ha sensibilmente contribuito a migliorare l'aderenza a lungo termine. Quando, per cause varie, il paziente non assume correttamente la terapia, si va in contro ad un fallimento virologico, caratterizzato dalla comparsa di mutazioni da parte del virus che riesce a replicare anche in presenza di una pressione selettiva da parte dei farmaci antiretrovirali. Attraverso queste mutazioni il virus può quindi divenire resistente ad uno o più farmaci assunti in quel momento dal paziente, continuando la sua replicazione ed infettando altre cellule. I vari farmaci antiretrovirali hanno caratteristiche differenti per quanto riguarda l'efficacia in seguito alla comparsa di mutazioni, hanno cioè una diversa barriera genetica.

LA BARRIERA GENETICA

Il termine si riferisce al numero di mutazioni necessarie a ridurre l'efficacia di un singolo antiretrovirale. Tra le tre classi di antiretrovirali più utilizzate, gli inibitori della proteasi con booster di ritonavir hanno una più alta barriera genetica: sono necessarie cioè numerose mutazioni per ridurre l'efficacia di questi farmaci. Gli inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI) di prima generazione, efavirenz e nevirapina, hanno una bassa barriera genetica: singole mutazioni possono causare resistenza. Nel caso, invece, degli inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa (NRTI) vi sono farmaci a più elevata barriera genetica quali tenofovir, abacavir e stavudina ed altri a bassa barriera genetica quali lamivudina ed emtricitabina.

RESISTENZA DI BARRIERA

Di recente è stato introdotto questo concetto 'multifattoriale' che riguarda l'intero regime terapeutico ed è basato su:

- Potenza dei singoli antiretrovirali;

- Caratteristiche virologiche dei farmaci al fallimento (profilo di resistenza);

- Similitudini inerenti la farmacocinetica.

La resistenza di barriera è dunque determinata dal 'prodotto composto' della barriera genetica, della potenza delle singole molecole e della lunghezza della emivita che protegge da eventuali cali di aderenza (forgiveness).

Un esempio classico di regime terapeutico con alta resistenza di barriera è quello composto da tenofovir (TDF)/emtricitabina (FTC)/efavirenz (EFV), nome commerciale Atripla. Andando ad analizzare i singoli componenti di Atripla si osserva che tenofovir ed emtricitabina mostrano i livelli più elevati in termini di **potenza virologica** dell'intera classe degli NRTI in termini di riduzione della viremia in log, e la potenza di efavirenz è stata ampiamente dimostrata nel corso degli anni. Lo studio ACTG 5142 ha infatti confermato l'**efficacia virologica** di un regime con EFV rispetto ad uno con LPV/r anche dopo un lungo follow-up a conferma che tutte le caratteristiche di Atripla si riflettono sull'efficacia terapeutica. Da un punto di vista **farmacocinetico**, l'emivita di FTC è simile a quella del tenofovir ed efavirenz (quindi i tre farmaci permangono a livello plasmatico per un tempo sovrapponibile) e superiore a quella di 3TC: la differente cinetica dei farmaci antiretrovirali può rappresentare un fattore importante nel fallimento virologico correlato ad una assunzione irregolare della terapia, con il rischio di creare delle condizioni di mono o bioterapia.

STR E LA RESISTENZA DI BARRIERA

Il termine di STR (Single Tablet Regimen), che indica la possibilità di unire tre molecole in un'unica compressa, è importante che

si correli anche al concetto di resistenza di barriera. Come precedentemente esposto, Atripla risponde a questo requisito, ma anche il nuovo STR in via di registrazione e composto da tenofovir/emtricitabina/rilpivirina è caratterizzato dall'avere un'elevata resistenza di barriera: rilpivirina (nuovo NNR-TI) presenta, infatti, una più alta barriera genetica ed una migliore tollerabilità rispetto ad efavirenz.



Le caratteristiche che conferiscono ad Atripla una elevata resistenza di barriera sono riassunte nella slide e sono caratterizzate da:

- Facilità di migliore aderenza correlata al minor numero di compresse (1 sola) in unica assunzione
- Elevata potenza virologica delle singole molecole in termini di riduzione della viremia
- Elevata efficacia viro-immunologica confermata in numerosi trials clinici
- Caratteristiche farmacocinetiche simili che riducono il rischio di mono-bi terapie a livello plasmatico in seguito a scarsa aderenza

PROSPETTIVE TERAPEUTICHE

La modulazione dei regimi terapeutici senza alterare la loro efficacia attraverso la resistenza di barriera può contribuire a garantire un successo duraturo migliorando ulteriormente la qualità della vita delle persone sieropositive.

Sergio Lo Caputo, Malattie Infettive,
Azienda Sanitaria di Firenze

CONFERENZA DI ALTO LIVELLO ONU

LA CONFERENZA HA FATTO IL PUNTO SULLE POLITICHE DI PREVENZIONE E SULLA LOTTA ALL'AIDS, TBC E MALARIA, CON PARTICOLARE ENFASI SUGLI OBIETTIVI DEL GLOBAL MILLENIUM GOAL: ZERO INFEZIONI E ACCESSO UNIVERSALE ALLE TERAPIE ENTRO IL 2015.

LA POSIZIONE ITALIANA

Il 10 giugno l'Italia ha presentato la propria posizione. Menzioniamo due passi della lettura del plenipotenziario Ravaglini che hanno suscitato perplessità e creato polemiche tra le associazioni HIV/AIDS e tossicodipendenze.

1) Sulla riduzione del danno: la posizione italiana, ispirata da Giovanardi, sui programmi di riduzione del danno, nonostante le evidenze scientifiche dei risultati ottenuti, introduce un nuovo concetto, quello di *riduzione del*

rischio. Anche se appoggiato da Russia e USA, non è però sostenuto da alcuno studio specifico, ma solo dettato da criteri "innovativi" ancora non sperimentati.

2) Sugli impegni internazionali dell'Italia con il Global Fund: nonostante la reiterazione delle preoccupazioni per le popolazioni africane, auspicando il raggiungimento degli obiettivi di accesso universale alla terapia espressi dal Millennium Goal, pur rinnovando l'apprezzamento per il lavoro del Global Fund su malaria, TBC, AIDS, l'Italia non ha versato la propria quota di partecipazione fin dal 2009, malgrado le promesse fatte anche all'Aquila (G8) nel 2009 dal pres. del Consiglio.

LA POSIZIONE DEL VATICANO

La Chiesa, ancorata alla confusione tra prevenzione di malattie infettive e procreazione, suggerisce l'astinenza come unica modalità di prevenzione. Rinnova il proprio diniego a qualsiasi famiglia costituita in modo diverso dal matrimonio secondo le norme dell'ordine morale cattolico e ignora le evidenze scientifiche emerse dai programmi di riduzione del danno.

Di seguito alcuni spunti dal discorso del nunzio apostolico, Francis Assisi Chullikatt che delega ai valori morali e spirituali la lotta contro l'HIV:

... "Gli Stati devono riconoscere che la famiglia, basata sul matrimonio come rapporto paritario fra un uomo e una donna, e unità fondamentale e naturale della società, è indispensabile nella lotta contro l'Hiv e l'Aids perché è nella famiglia che i figli apprendono valori morali che li aiutano a vivere in un modo responsabile e ricevono la maggior parte della cura e del sostegno (cfr. Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, articolo 16,3).

In seguito, una sintesi dei principi enunciati:

1) **Non condivide i riferimenti a espressioni quali «popolazioni a rischio» e «popolazioni ad alto rischio»** perché trattano le persone come oggetti e possono suscitare l'impressione falsa che certi tipi di comportamento

DAL COMMISSARIATO PER I DIRITTI UMANI

L'UDHR delle Nazioni Unite (Human Rights Council) ha votato di recente una risoluzione storica: il diritto universale dell'essere umano di scegliere la propria identità e il proprio orientamento sessuale. La risoluzione richiede al Commissario per i Diritti Umani di preparare uno studio sulla violenza e sulla discriminazione nel mondo per discutere, in seguito, le misure più appropriate per prevenirne la costante violazione.

irresponsabile **siano in qualche modo moralmente accettabili.**

2) **Non approva l'uso di profilattici** come parte dei programmi di prevenzione dell'Hiv e dell'Aids né di programmi/corsi di educazione sessuale, sostenendo che essi dovrebbero concentrarsi sull'evitare i rischi, il che è eticamente ed empiricamente sano. **L'unico metodo sicuro e completamente affidabile per prevenire la trasmissione sessuale dell'Hiv è costituito dall'astinenza prima del matrimonio e dal rispetto e dalla fedeltà reciproci nel matrimonio.**

3) **Non accetta** i cosiddetti sforzi di «riduzione del danno» in relazione all'uso di **stupefacenti** in quanto non rispettano la dignità di quanti soffrono a causa della tossicodipendenza perché non curano né guariscono le persone malate, ma anzi **inducono erroneamente a credere che non possono liberarsi dal circolo vizioso della dipendenza.**

4) **Rifiuta che le persone che esercitano la prostituzione siano definite «lavoratori del sesso» dato che suscita l'impressione erronea che la prostituzione possa, in un certo qual modo, essere una forma legittima di lavoro.** La prostituzione non può essere separata dalla questione dello status e della dignità delle persone.

5) **Condanna qualsiasi forma di lotta diversa da modalità basate su valori di ordine morale e naturale per combattere l'Hiv e l'Aids.**

Trad: Osservatore Romano, 17 giugno 2011



UN PAESE AL DI LÀ DELL'ORIZZONTE

PARTE II

L'INDIA DELLE MINORANZE

C'è un'industria fiorente, che ormai da anni impazza ed esporta la cultura indiana: Bollywood. Agli occhi dei mass-media l'India però non è solo la commedia romantica con balli, canti, sfarzo e colori che più si identificano in esso, l'India è anche filmografia impegnata.

WATER

"Water" (2007) è la storia di una vedova bambina predestinata a un futuro di miseria e privazioni. Ancora oggi, la condizione delle vedove è rimasta pressoché la stessa, specialmente nelle aree rurali, dove tuttora permangono forti tradizioni e la donna subisce ingiustizie ancor prima di nascere.

Il film, ambientato nell'India del 1938, quando l'indipendenza dagli inglesi era ancora lontana e Gandhi gettava le basi della sua protesta pacifista, infiammando gli animi del paese oppresso dal colonialismo, narra le vicende di una sposa bambina, Chuyia, che all'età di otto anni, subito dopo essere stata data in moglie ad un uomo malato, rimane vedova, sposa predestinata di un futuro di miseria e privazioni.

Water è uno di quei capolavori che non si scordano. Ogni immagine trasuda emozioni che difficilmente riescono a passare inosservate. Vedere questo film fa provare sensazioni tali che, anche chi non ha vissuto in India, riesce a comprendere cosa significhi vivere in un mondo di tradizioni, dove il colore non è solo un ornamento, ma parte integrante della vita di tutti i giorni. Sin dall'inizio del film lo scorrere delle immagini è accompagnato da un taglio fotografico di una delicatezza talmente inusuale, da incollare allo schermo anche lo spettatore più distratto, ed il film, diversamente da quanto accade in altre pellicole, mantiene le promesse sino dai titoli di coda.

Il matrimonio, ancora oggi, viene deciso dai genitori degli sposi, che contrattano sulla dote che la famiglia della sposa dovrà elargire a quella dello sposo, in quella sorta di matrimonio-contratto che suggella più i termini di un accordo finanziario che il coronamento di un sogno d'amore. E così accade che, anche le bambine in tenera età, vengano date



in moglie per alleviare i genitori da un peso troppo oneroso. In questo modo, il matrimonio precoce è visto come un vantaggio economico, come un'ulteriore dote da portare allo sposo e che servirà ad alleggerire la dote in gioielli o in elettrodomestici. Infatti, una figlia bella, giovane e vergine è la più alta merce di scambio nelle trattative matrimoniali, per quanto in questa maniera alle bambine sposate si ruba l'infanzia e il gioco.

Per le famiglie più povere significa una bocca da sfamare in meno o una serva in più per quelle più ricche, e può servire a consolidare i legami familiari e patrimoniali e ad evitare scontri tra clan. Spesso le bambine restano nella famiglia d'origine fino alla pubertà e poi si trasferiscono nella famiglia del marito, ma in molti casi la bambina lascia subito la scuola e viene mandata a vivere con la nuova famiglia.

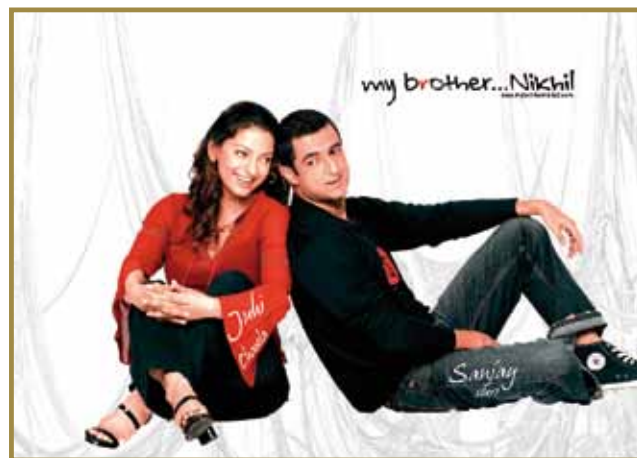
NIKHIL

"My brother... Nikhil" (2005) è la storia di Nikhil, raccontata da sua sorella Anu e da altre persone. Nikhil era diventato il campione statale di nuoto nel 1988 quando aveva 23 anni e morì nel 1992 per il virus dell'Aids. Il film è importante perché per la prima volta un film di Bollywood affronta il tema dell'omosessualità in maniera normale senza rendere i personaggi delle caricature. Così come la considerazione Aids uguale peste.

Questo film-testimonia è l'opera prima dell'indiano Onir. Un affresco davvero commovente che tratta di Hiv-Aids, anche se ambientata alla fine degli anni Ottanta, tempi ormai remoti per il nostro occidente, ma che per il protagonista, un giovane indiano di Goa campione di nuoto, che si scopre sieropositivo, è l'emblema dell'annullamento definitivo

sotto tutti i punti di vista. Nikhil infatti viene cacciato di casa dai suoi genitori, nonostante la coraggiosa difesa della sorella Anu. In più le forze dell'ordine indiane, assolutamente impreparate nei confronti della malattia, lo segregano per evitare contagi finché il suo ragazzo Nigel e Anu non riescono a farlo uscire. Ma la vita di Nikhil è spezzata per sempre: evitato da tutti, consuma nella solitudine la sua malattia. Il film, che ha il merito di essere il primo lungometraggio indiano a toccare la tematica gay, si fa apprezzare per i suoi contenuti civili.

Ben girato (il cinema indiano è di ottima qualità) non riesce però ad evitare le trappole del melodramma, che emoziona sì lo spettatore ma fa accettare a molti il gay solo in quanto essere umano che soffre (forse già molto per un paese come l'India degli anni ottanta - da noi non regna comunque l'ipocrisia dietro le finte maschere della commedia dell'arte?) Si spera perciò che altri film indiani ci mostrino come vivono gli omosessuali nel grande paese asiatico.



DONNE E HIV

L'India ha il tragico primato delle donne morte durante la gravidanza o il parto, con una media di 117mila decessi, rispetto ai 59mila della Nigeria, i 32mila del Congo e i 26mila in Afghanistan. Secondo un rapporto sulla mortalità materna a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Banca Mondiale, l'Unicef e il Fondo per la Popolazione dell'Onu, l'India insieme ad altri 10 Paesi ha il 65% delle 536mila donne morte durante

la gravidanza o di parto. Si calcola che nel Paese una donna su 70 muore per problemi collegati alla gravidanza. Il 99% delle morti avvengono nei paesi in via di sviluppo, soprattutto nell'Asia meridionale, soprattutto per la povertà, la malnutrizione e le malattie. L'India ha una quota di mortalità materna di 450 per ogni 100mila nascite e nella regione la superano solo il Nepal con 830 e 6.500 decessi annui e il Bangladesh con 570 e 21mila, mentre il Pakistan ha una quota di 320 e un totale di 15mila e la Cina di 45 e 7.800. Lo Sri Lanka conta solo 190 morti con una quota di mortalità materna di 58, mentre l'Afghanistan ha 1.800 decessi su 100mila nascite.

Un'indagine del Ministero Indiano della Sanità ha accertato che è scarsa l'assistenza sanitaria per le donne incinte: circa il 23% delle donne che hanno avuto figli negli ultimi 8 anni, non ha avuto cure e visite sanitarie durante la gravidanza, percentuale che va da "appena" l'1% circa in Kerala e Tamil Nadu al 66% nel Bihar. Almeno il 40% delle donne incinte non ha mai ricevuto assistenza sanitaria specifica in Jharkhand, Arunachal Pradesh e Nagaland. Inoltre, circa il 60% dei parti avviene ancora in casa; il 37% delle donne è assistito da levatrici e il 16% solo da parenti o amici.

Una ginecologa spiega che "molte nascite avvengono nelle zone rurali con l'assistenza di una levatrice: se ci sono problemi, la madre non può raggiungere in tempo un ospedale. Per esempio non è possibile fare subito un taglio cesareo. Le donne incinte sono anche esposte a pratiche antigigieniche e superstiziose e sono frequenti gli aborti operati da praticoni e impostori. Le emorragie post parto sono un'altra grave causa di mortalità, anche perché nelle banche del sangue talvolta sono scarse le riserve di plasma sicuro".

Sebbene l'India sia un'economia emergente, è ancora carente nei servizi sanitari di base, specie per le masse rurali. C'è carenza di medici, di laboratori di analisi, persino di medicine e manca un'educazione sanitaria. In Stati meridionali come Kerala, Tamil Nadu e Karnataka il 60% dei parti avviene in ospedali o altri centri sanitari e le morti di parto sono molto più basse. Ma al nord solo tra il 15 e il 20% dei parti avviene in centri sanitari.

La Chiesa cattolica e l'Associazione Cattolica per la sanità dell'India si prodigano per creare ovunque centri sanitari e per incrementare l'educazione sanitaria. La Chiesa ha circa 5mila centri sanitari nel Paese, che dedicano particolare attenzione alle donne

incinta e ai bambini, per l'85% siti in villaggi remoti dove sono l'unica presenza sanitaria. Purtroppo non è sufficiente ed è urgente creare più centri sanitari e disporre di personale esperto. La Commissione per la Salute ha creato 45 centri-comunità in 5 Stati settentrionali, dove le donne in gravidanza che hanno l'Hiv sono accolte e trattate con dignità e rispetto.

ANTIRETROVIRALI E FARMACI GENERICI

Nell'ultimo decennio, l'India ha assunto la leadership mondiale nella produzione e nell'esportazione di farmaci generici che hanno consentito e consentono tutt'ora di salvare la vita a milioni di persone colpite dal virus dell'Hiv. Nel 2000, una cura anti-Hiv costava a persona 12mila dollari all'anno. Oggi, grazie ai farmaci generici il prezzo dei trattamenti per combattere il virus è sceso a 80 dollari all'anno per persona.

Nel mondo si contano 33,4 milioni di sieropositivi, il 71% dei quali vivono in Africa sub-sahariana. Dall'India proviene l'80% dei farmaci antiretrovirali usati dall'organizzazione umanitaria nei propri progetti. Senza medicine di qualità e a costi contenuti come quelli indiani, riferisce Medici Senza Frontiere, "sarebbe stato impossibile portare i trattamenti per la cura dell'Aids ai livelli attuali e non si sarebbero potute salvare milioni di vite. Attraverso il loro contributo al Fondo Globale per Aids, tubercolosi e malaria, e ad altre agenzie sanitarie internazionali, i cittadini europei finanziano programmi che, grazie ai medicinali indiani, possono curare molte più persone". Msf e altre organizzazioni sono però preoccupate che l'Unione Europea possa compromettere tutto questo.

PROGETTI UMANITARI

Fra le molte realtà umanitarie presenti in India, è da segnalare il "Progetto di Pondicherry". Pondicherry (circa 220.000 abitanti) è un'importante meta turistica del sud dell'India, nello stato del Tamil Nadu, situata sulla costa a circa 120 km a sud di Chennai (Madras).

Il turismo purtroppo alimenta il fenomeno della prostituzione. Sono infatti centinaia le giovani donne che vivono sulle strade e sui marciapiedi della città. Conducono un'esistenza durissima, prostituendosi per sopravvivere. Per queste donne, quasi sempre mamme, non vi è alcun tipo di controllo sanitario e di prevenzione. Tra loro e i loro figli l'Aids si diffonde molto facilmente. Si stima

che vi siano circa 1.000 bambini che vivono sulle strade di Pondicherry.

Molti di questi sono sieropositivi, perché sono stati contagiati dalle loro madri alla nascita. Altri diventeranno orfani a causa dell'Aids in quanto la loro madre è già ammalata. I traguardi sono l'avviamento e il sostegno di un centro sanitario; una struttura di accoglienza; l'identificazione di nuovi casi e un counseling; il miglioramento dell'apporto nutrizionale; l'ampliamento e l'allestimento di una clinica - La maggior parte dei bambini figli di prostitute non ha mai fatto il test per l'Hiv, non è mai stato curato né con gli antiretrovirali né per infezioni e malattie dovute al vivere in strada (es. la TBC). Nel centro di accoglienza verrà realizzato un sistematico programma di test che permetterà di identificare e successivamente curare 100 bambini sieropositivi con antiretrovirali. Per chi volesse saperne di più: www.aiutareibambini.org

CONCLUSIONI

Attraversando idealmente l'India, questo grande paese, da sempre meta della più variegata tipologia del viaggiatore, sebbene contrastato politicamente e socialmente, è destinato a diventare col tempo uno dei colossi dell'economia mondiale. Chissà che la qualità della vita dei più deboli ci guadagni in meglio.

RIMEDI NATURALI...

SENZA PERDERE DI VISTA LA TERAPIA

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

ANSIA, LE CURE VERDI PIU' EFFICACI

Chi soffre d'ansia per ritrovare la serenità può contare anche sull'aiuto di alcuni rimedi naturali, come segnala una recente rassegna sul tema, pubblicata sulla rivista Nutrition Journal. L'analisi dei dati raccolti in 24 ricerche, condotte su più di duemila persone, documenta l'efficacia di alcune piante che cominciamo da questo numero a prendere in esame.



IPERICO

È una pianta officinale con fiori gialli che è usata da secoli per combattere depressione e ansia. È ben riconoscibile anche quando non è in fioritura perché ha le foglioline che in controluce appaiono bucherellate, in realtà sono piccole vescichette oleose da cui il nome perforatum, mentre ai margini sono visibili dei punti neri, strutture ghiandolari contenenti Ipericina (da ciò il nome erba dell'olio rosso), queste strutture ghiandolari sono presenti soprattutto nei petali. Le foglie sono opposte oblunghe. I fiori giallo oro hanno 5 petali delicati. Sono riuniti in pannocchie che raggiungono la fioritura massima verso il 24 giugno (ricorrenza di San Giovanni) da cui il nome popolare.

PROPRIETÀ

Le proprietà medicinali della pianta sono numerose:

1. per uso locale l'infuso dimostra un'azione analgesica, antisettica, astringente, antinfiammatoria, cicatrizzante.

2. per uso interno esplica un'attività ansiolitica, antidepressiva, riequilibrante del tono dell'umore, oltre ad essere indicato per condizioni di ansia, nervosismo ed ipereccitabilità nervosa.

NELLA DEPRESSIONE

La depressione è una condizione medica che colpisce l'umore, i pensieri, la salute fisica e il comportamento e si presenta in diverse forme; i suoi sintomi e la sua gravità possono variare da persona a persona.

Per esempio:

Nella **depressione**, i sintomi interferiscono con la capacità della persona di lavorare, studiare, dormire, mangiare, e prendere piacere di attività che una volta ha apprezzato. I sintomi durano per almeno 2 settimane, ma spesso si prolungano per diversi mesi o più a lungo.

Nella **distimia**, una forma meno grave ma più cronica di depressione, i sintomi non sono così invalidanti, ma impediscono di agire bene o sentirsi bene. I sintomi durano almeno 2 anni. Molte persone con distimia hanno anche episodi di depressione grave.

Nel **disturbo bipolare**, le persone hanno dei periodi di sintomi depressivi che si alternano o possono coesistere con dei periodi di mania. Sintomi della mania comprendono elevati ed anormali livelli di eccitazione e di energia, e comportamenti impulsivi e inadeguati.

La depressione può essere trattata efficacemente con la medicina convenzionale da terapisti, psicologi e con farmaci, tra cui gli

antidepressivi, e alcuni tipi di psicoterapia.

MODALITÀ DI ASSUNZIONE E CONTROINDICAZIONI

In relazione alla quantità di flavonoidi e Ipericina assunti con 900 mg di estratto secco di Iperico, che la letteratura indica come dose medica efficace come antidepressivo, la quantità di tintura madre da assumere oscillerebbe da 10-20 ml a oltre 200 ml al giorno. Le compresse di Iperico si trovano tranquillamente in erboristeria.

INTERAZIONI

È documentata la riduzione dell'effetto anti-coagulante del Walfarin (Coumadin). L'Iperico inoltre riduce l'attività dei contraccettivi, anticonvulsivanti, teofillina mentre aumenta l'azione degli inibitori della serotonina: fluoxetina, paroxetina, sertralina. È raccomandata la sospensione di questo principio naturale almeno cinque giorni prima di ogni intervento chirurgico. Pertanto l'uso dell'Iperico deve essere sempre attentamente valutato. È raccomandabile non utilizzare mai tale sostanza se non prescritta da uno specialista delle patologie del sistema nervoso centrale.

CURIOSITÀ

Conosciuto sin dai tempi antichi, il suo utilizzo era collegato alla notte di San Giovanni (24 Giugno), detta anche notte delle streghe e coincidente col solstizio d'estate. Da qui l'impiego dell'Iperico (Hypericum perforatum L.), conosciuto appunto anche con i nomi comuni di "erba di San Giovanni", "caccia diavoli", "pilatro", "mille buchi", "perforata" e "pirico", per allontanare streghe e diavoli appendendolo nelle case o utilizzandolo per fumigazioni.

SURVEY NAZIONALE: COMPLICAZIONI **NEUROPSICHIATRICHE** NEL PAZIENTE CON HIV

PATOLOGIE
VALERIO TOZZI

MOLTI CENTRI CLINICI NON SONO IN GRADO DI ESEGUIRE IN MANIERA OTTIMALE ESAMI DI VIROLOGIA AVANZATA SU LIQUOR PER LA DIAGNOSTICA DELLA PRESENZA DI VIRUS COMPARTIMENTALIZZATI NEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E GLI ESAMI NEUROPSICOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI NEUROCOGNITIVE.

INTRODUZIONE

Il paziente con infezione da HIV può soffrire di complicazioni di tipo neurologico e psichiatrico che possono influire profondamente sia sulla qualità della vita sia sull'esito clinico della malattia di base.

Tra le patologie psichiatriche particolare importanza, per la loro frequenza, rivestono i disturbi depressivi, gli stati di ansia, i disturbi posttraumatici da stress, i disturbi ossessivi e compulsivi. Tra le patologie neurologiche a carico del sistema nervoso centrale di particolare rilevanza sono le infezioni opportunistiche, le neoplasie e disturbi neurocognitivi. Questi ultimi possono essere di entità variabile e possono associarsi anche ad altre comorbidità con impatto negativo sulla sfera cognitiva.

Tali complicazioni devono essere quindi tempestivamente riconosciute e trattate con lo scopo di raggiungere e di mantenere uno stato di benessere psicofisico.

STRUMENTI DIAGNOSTICI E APPROCCIO POLISPECIALISTICO

E' fondamentale che i centri clinici che trattano pazienti con infezione da HIV dispongano di strumenti diagnostici e di un approccio polispecialistico per riconoscere tempestivamente la presenza delle complicazioni neurologiche e psichiatriche. Tra gli strumenti diagnostici particolare importanza rivestono il Neuro-Imaging (RMN, TAC) e la diagnostica virologica.

Per quanto concerne l'approccio polispecialistico, è importante poter disporre di consulenti neurologi, psichiatri, psicologi e neuropsicologi.

INDAGINE NEI CENTRI CLINICI ITALIANI

Abbiamo analizzato la situazione nei centri clinici italiani mediante un questionario a risposte multiple. Hanno risposto un totale di 32 centri Clinici che gestiscono circa 20.000 pazienti con infezione da HIV. Scopo dell'indagine è stato quello di valutare la facilità di ottenere parere in tempi rapidi da parte di consulenti specialisti (neurologo, psichiatra,



psicologo), la disponibilità di metodiche di Neuro-Imaging (RMN, TAC) e di diagnostica virologica avanzata per indagini sul liquor.

RISULTATI

La quasi totalità dei Centri ha dichiarato di poter disporre di consulenti neurologi e psichiatri. Analogamente, RMN e TAC sono disponibili in quasi tutti i Centri che hanno risposto al questionario. Criticità sono state riscontrate, soprattutto nei Centri minori, nella possibilità di eseguire test di resistenza su liquor e nella possibilità di eseguire esami neuropsicologici per valutare le funzioni cognitive. Per quest'ultimo aspetto, molti Centri Clinici fanno riferimento alla valutazione delle funzioni cognitive effettuata direttamente dagli specialisti neurologi e psichiatri al momento della visita specialistica non disponendo del consulente neuropsicologo.

CONCLUSIONI

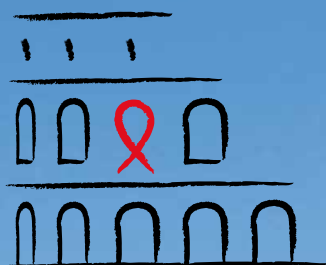
La quasi totalità dei centri clinici italiani dispone di una adeguata rete di consulenti e di tecniche di Neuro-Imaging per la diagnostica delle complicazioni neurologiche

in pazienti con infezione da HIV. Tuttavia, un numero non trascurabile essi non è in grado di eseguire in maniera ottimale esami di virologia avanzata su liquor per la diagnostica della presenza di virus compartimentalizzati nel sistema nervoso centrale ed esami neuropsicologici per la valutazione delle funzioni neurocognitive.

E' da sottolineare che il miglioramento della qualità della vita dei pazienti è obiettivo fondamentale di ogni percorso assistenziale. Ogni sforzo deve pertanto essere compiuto per reperire risorse economiche e organizzative adeguate al raggiungimento di tale obiettivo assistenziale.

In prospettiva, una migliore qualità della vita dei pazienti non può che tradursi in minor ricorso alle strutture sanitarie e quindi in minori oneri assistenziali futuri. Pertanto, appare necessario uniformare su uno standard superiore le capacità diagnostiche dei centri clinici italiani che si occupano della cura dei pazienti con Infezione da HIV.

Dr. Valerio Tozzi, I.N.M.I. Lazzaro Spallanzani, Roma



IAS 2011

Roma, 17-20 Luglio



DUE LE GRANDI ASSENZE DI QUESTA CONFERENZA. LA PRIMA, MOLTO GRADITA, È QUELLA DELL'HIV, SEMPRE PIÙ DEBOLE VISTI I RISULTATI DELLE NUOVE STRATEGIE DI PREVENZIONE, COMPRESA LA TERAPIA, PROTAGONISTA ANCHE NEL TENTATIVO DI ELIMINARE IL VIRUS.

L'OBIETTIVO DELLE NAZIONI UNITE DI FORNIRE TERAPIA A QUINDICI MILIONI DI PERSONE È PREVISTO PER IL 2015. COME BEN HA DETTO ANTHONY FAUCI NELLA SUA LETTURA PLENARIA: "LA SCIENZA HA FATTO IL SUO DOVERE, ORA È TEMPO CHE LA POLITICA FACCIA IL SUO". OCCORRONO SOLDI, INVESTIMENTI, IMPEGNO

E PIANI STRAORDINARI ATTUATIVI DI TUTTI GLI STRUMENTI CHE ABBIAMO GIÀ A DISPOSIZIONE.

LA SECONDA "GRANDE" ASSENZA, VERGOGNOSA, È STATA QUELLA DEL GOVERNO ITALIANO: IMPROVVISA LA VENUTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE, PROF. FAZIO, CHE ALL'ULTIMO MOMENTO, PER UN PAIO DI MINUTI, LEGGE UNA IMPRECISA E STENTATA LEZIONE DI STORIA SUL VIRUS. VERGOGNOSA L'ASSENZA, UMI-LIANTE E INDEGNA L'IMPROVVISATA SOLUZIONE! UNA ULTERIORE OCCASIONE SPRECATA PER CHIARIRE LA POLITICA ITALIANA PER CONTRASTARE L'AIDS. POLITICA CHE, ORMAI SI È CAPITO, NON C'È!

LA TERAPIA È PREVENZIONE

Tema centrale ed epocale della conferenza che racchiude varie implicazioni e aspetti, da analizzare nel suo complesso per comprenderne meglio le connessioni. Da un lato, numerosissimi i dati a supporto del beneficio clinico e farmaco economico del trattamento precoce; dall'altro, della prevenzione della trasmissione attraverso il trattamento.

I relatori dello **studio HPTN052** hanno ricevuto una vera e propria standing ovation per il loro lavoro. I punti chiave di questo studio sono due: *il trattamento precoce riduce gli eventi clinici della persona sieropositiva e riduce la trasmissione del virus*. **M S Cohen (MOSY0302)** e **B Grinsztejn (MOSY0305)** hanno riportato, nel dettaglio, i seguenti risultati:

1. La terapia antiretrovirale per il partner sieropositivo (nella coppia) riduce il rischio di trasmissione al partner sieronegativo del 96% quando il trattamento è iniziato precocemente versus l'inizio più tardivo. Delle 28 trasmissioni di virus che si sono verificate e collegabili allo studio, 1 è accaduta nel gruppo che ha iniziato la terapia tra i 550-350 CD4, 27 nel gruppo che l'ha iniziata sotto i

250 (HR = 0.04 [95% CI, 0.01-0.28]; P < 0.001);

2. L'inizio precoce di terapia ha prodotto il 61% di riduzione dell'incidenza di eventi clinici seri correlabili all'HIV o morte (40 eventi verificatosi nel gruppo che ha iniziato tra 550-350, 65 nel gruppo che ha iniziato la terapia sotto i 250, HR = 0.59 [95% CI, 0.40-0.88]; P = 0.001.

M C Thigpen (WELBC01) ha svolto una relazione sullo **studio TDF2** (Botswana Prevention Study): 1200 uomini e donne di età compresa tra i 18 e i 29 anni sono stati randomizzati a ricevere TDF/FTC o placebo e sono stati seguiti per 12 mesi.

L'efficacia protettiva di chi ha assunto i farmaci è stata del 62.6% durante il periodo delle avvenute siero conversioni (per un totale di 33, 9 si sono verificate nel braccio TDF/FTC e 19 nel braccio con placebo, 95% CI 21.5 to 83.4, p 0.0133).

L'efficacia si alza al 77.9% se si considerano solo i siero convertiti che hanno "convertito" entro 30 giorni dall'ultima medicazione (23 in totale, 4 nel gruppo TDF/FTC versus 19 nel gruppo con placebo, 95% CI 41.2 to 93.6, p 0.0053). Minimi gli eventi avversi riscontrati. In conclusione, TDF/FTC (Truva-

da) si è dimostrato efficace e sicuro per la prevenzione dell'infezione da HIV tra giovani uomini e donne eterosessuali.

J Baeten (MOAX0106) ha presentato lo **studio Partners PrEP** su 4758 coppie eterosessuali siero discordanti. Il partner sieronegativo è stato assegnato ad uno dei seguenti 3 bracci: TDF, TDF/FTC o placebo. Il DSMB (comitato indipendente di monitoraggio degli eventi avversi) ha raccomandato di rendere pubblici immediatamente i dati e di interrompere il braccio con placebo per 'chiaro beneficio' del fatto che l'assunzione della terapia proteggeva dall'acquisizione dell'HIV.

In particolare, TDF e TDF/FTC hanno ridotto il rischio di acquisire l'HIV rispettivamente del 63% e del 72% in uomini e donne africane. I farmaci sono stati ben tollerati: riscontrati solo un po' di problemi gastrointestinali nel primo mese di assunzione della terapia. 1 persona ha avuto un innalzamento della creatinina durante il primo mese.

P L Anderson (MOLBPE034) ha presentato un'analisi caso-controllo di rilevazione dei livelli del farmaco dello **studio IPREx**, nella quale sono state prese in considerazione 83 infezioni nel braccio con placebo

e 48 nel braccio con TDF/FTC, avvenute dopo l'arruolamento e prima del 21 Novembre 2010.

La presenza del farmaco si è rilevata predittiva di acquisizione di infezione, coerentemente all'analisi principale degli scorsi mesi. L'alto livello di protezione tra gli MSM è correlato con l'assunzione continuativa dei medicinali.

R M Grant (WELBC04) ha riproposto le analisi dello studio IPrEx in modo più completo rispetto ai mesi scorsi, considerando tutte le infezioni nell'intero follow-up. In quella ITT, l'efficacia della PrEP è stata del 42% (95% CI 18 to 60%, $P=0.002$). Tra le infezioni, non si è riscontrata nessuna evidenza di resistenza ai farmaci.

In merito agli aspetti positivi farmaco economici dell'inizio precoce della terapia, **J E Gallant (MOPE204)** ha presentato un'analisi retrospettiva su 2185 pazienti che concludeva come i costi totali (sia per farmaci impiegati sia per interventi medici) erano minori in un periodo di osservazione di 4 anni in coloro che iniziano la terapia tra i 350 e i 500 CD4 versus coloro che la iniziano con valori < 200. Il trend è confermato anche nel confronto 350-500 versus 200-350.

F Aragão (TUPE416) arriva ad analoghe conclusioni in una coorte portoghese di 1450 pazienti (analisi retrospettiva, anni 2000-2008). L'intervallo 350-500 si è dimostrato vantaggioso anche per riduzione di trasmissione prevista di HIV e per qualità della vita dei pazienti.

NUOVI FARMACI E STRATEGIE

Lersivirina (A Pozniak, TUAB0101) - nuovo NNRTI a somministrazione una volta al dì, sperimentato su 191 pazienti naive in uno studio di fase IIb, in doppio cieco, a 2 dosaggi (500 e 750 mg) e randomizzato 1:1:1. Presentati i risultati a 48 settimane in un confronto con efavirenz, entrambi in associazione con TDF/FTC: simile l'efficacia, minori gli effetti collaterali al sistema nervoso centrale e il rash, maggiore la nausea. Il farmaco ha attività nei confronti della mutazione Y181 (che conferisce resistenza a efavirenz, nevirapina ed etravirina): ne consegue un interesse anche in vista di cofor-

mazioni. Ancora da verificare il dosaggio ideale e l'attività del farmaco al di sopra delle 100.000 cp/mL a causa della poca aderenza dei pazienti arruolati in prevalenza sud-africani. Il farmaco appare comunque promettente.

Rilpivirina (CJ Cohen, TULBPE032, Lancet. 2011;378:229-237) - presentata l'analisi congiunta a 96 settimane dei due studi di fase III (THRIVE e ECHO) che hanno arruolato 1368 pazienti naive.

Gli studi confrontavano il nuovo NNRTI al dosaggio di 25 mg QD versus efavirenz, entrambi in associazione con TDF/FTC (unico backbone nello studio ECHO) e/o AZT/3TC e/o ABC/3TC. La carica virale < 50 cp/mL (76-77%) e il guadagno di CD4 (circa 220) si sono dimostrati equivalenti, ma il doppio di persone ha interrotto il trattamento con efavirenz per gli effetti collaterali. Migliore il profilo lipidico di rilpivirina.

Dolutegravir (J van Lunzen, TUAB0102)

- nuovo inibitore dell'integrasi a somministrazione una volta al dì, sperimentato su 205 pazienti naive in uno studio di fase IIb (SPRING-1), parzialmente blindato, a 3 dosaggi (10, 25, 50 mg). Presentati i risultati a 48 settimane, in un confronto con efavirenz, entrambi in associazione o con TDF/FTC o ABC/3TC: simile l'efficacia, ma con profilo di sicurezza migliore a favore del nuovo farmaco. Il dosaggio a 50 mg è stato selezionato per la fase III.

Si mantiene la caratteristica degli inibitori dell'integrasi di abbassare più velocemente la carica virale rispetto ad altre classi. In media, la carica virale è scesa al di sotto delle 50 copie nel 90% dei pazienti che assumevano dolutegravir versus l'80% di quelli con efavirenz. Il recupero dei CD4 è stato, rispettivamente, 231 versus 174.

Il farmaco è in sperimentazione anche su pazienti pretrattati.

Elvitegravir (JM Molina, WELBB05, N Engl J Med. 2008;359:339-354) - nuovo inibitore dell'integrasi a somministrazione una volta al dì confrontato su pazienti pretrattati con raltegravir (BID). Nello studio di fase III, di non inferiorità a 48 settimane e in doppio cieco, che associava entrambi i farmaci a un IP/r attivo + un terzo farmaco (NRTI, ETV, MVC, t-20,), le strategie si sono dimostrate equivalenti dal punto di vista del fallimento

13° International Workshop on Adverse Drug Reactions and Co-Morbidities in HIV 14-16 Luglio 2011, Roma



STUDIO PROGRESS

Lo studio randomizzato su pazienti naive confrontava i regimi Truvada (TDF/FTC) + Kaletra (LPV/r) versus Kaletra (LPV/r) + Isentress (RAL).

I risultati sull'efficacia a 96 settimane avevano nei mesi scorsi già confermato la tenuta della strategia senza NRTI, tramite una analisi [ITT], con ottenimento di carica virale < 40 cp/mL rispettivamente nel 68.6% dei casi versus 66.3%. Simile il guadagno di CD4 (296 versus 281). In questa nuova presentazione è emerso anche che il BMD (Body Mineral Density) sempre a 96 settimane ha avuto una variazione clinicamente significativa, ossia è diminuito notevolmente nel braccio con TDF/FTC.

E' importante citare questo studio in quanto si tratta di una strategia "non convenzionale" (ossia che abbandona i classici schemi 2NRTI + 3° Farmaco) testata su uno studio randomizzato da tenere in considerazione nell'ambito della gestione delle tossicità a lungo termine delle persone con HIV.

virologico, rispettivamente 59% versus 58% (VL < 50 cp/mL). Simile il guadagno dei CD4 (138 versus 147).

Nei pazienti che hanno fallito, il 20% ha sviluppato resistenza ad integrasi. Ricordiamo che questo nuovo farmaco è studiato anche nella coformulazione QUAD (ELV+cobicistat, tenofovir, emtricitabina) su pazienti naive.

Maraviroc QD 150 mg + Atv/r (A Mills, TUAB0103) - studio pilota di fase IIb, in aperto su 121 pazienti naive, randomizzazione 1:1, con virus CCR5 tropico.

Questa associazione NRTI-sparing è stata messa a confronto con la più classica strategia TDF/FTC + ATV/r. A 48 settimane, la carica virale < 50 cp/mL è stata riscontrata rispettivamente nel 74.6% versus 83.6% dei pazienti.



IL COINVOLGIMENTO DELLA COMMUNITY

Filippo von Schloesser ha aperto i lavori dello IAS con un discorso tanto fermo quanto commovente, toccando tematiche internazionali sui grandi obiettivi della lotta al virus fino a riprendere, con sintesi e lucidità, le mancanze del nostro paese in questa lotta.

Termina dicendo, rivolgendosi agli oltre 5000 delegati: *"Speriamo che la vostra presenza in Italia porti come frutto un rinascimento di dedizione dei nostri politici e leader alla lotta contro l'AIDS. Non c'è più*

tempo per le dichiarazioni: tutti necessitano che l'Italia le trasformi in azioni".

Alessandra Cerioli ha concluso la conferenza esprimendo preoccupazione per la riduzione dei budget della ricerca pubblica in un momento così cruciale ed esortando ad una mobilitazione generale nei confronti dei leader politici per agire subito al fine di eliminare la pandemia. Numerosissime le associazioni presenti, alle quali va un forte ringraziamento, così come ai volontari che tanto hanno aiutato.

Forum della Società Civile Italiana per la lotta all'HIV/AIDS

Roma 12 luglio 2011



LA DICHIARAZIONE DI ROMA

Il Forum della Società Civile Italiana sull'HIV/AIDS (www.forumhivaids.it), che ha visto il coinvolgimento di associazioni di rilievo del nostro paese, riunito a Roma il 12 luglio 2011 per il convegno: *"1981-2011: a 30 anni dalla pandemia, l'infezione da HIV è ancora una priorità per il nostro paese?"*, evento affiliato alla VI Conferenza internazionale IAS su Patogenesi, Trattamento e Prevenzione HIV (Roma, 17-20 luglio 2011), ha sottoscritto e divulgato la Dichiarazione di Roma, che ha ottenuto più di 100 firme da associazioni nazionali ed internazionali.

E' disponibile nella sua versione integrale sul sito www.dichiarazionedioroma.it.

Di seguito una sintesi.
[Omissis: le premesse].

- Chiediamo con forza, in accordo con la Dichiarazione Politica dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 10 giugno 2011 (UNGASS 2011), che la sconfitta dell'HIV divenga una priorità fino al 2015: questo implica, a livello nazionale e internazionale, una allocazione adeguata di risorse economiche e, a

livello nazionale, un riassetto urgente delle politiche sanitarie e istituzionali di intervento sull'HIV/AIDS, fino ad ora deboli e inadeguate.

- Chiediamo che le strategie che saranno messe in campo siano basate su chiare e condivise evidenze scientifiche e sui diritti umani, e non su pregiudizi ideologici, che nulla hanno a che fare con l'approccio metodologico necessario ad affrontare un problema di salute pubblica.

In merito agli interventi nazionali:

Politiche di prevenzione - Chiediamo che si prenda atto della inefficacia e del carattere discontinuo e blando delle campagne pubbliche sulla prevenzione condotte negli ultimi anni in Italia e delle conseguenze che esse hanno prodotto in termini di mancato raggiungimento dell'obiettivo di azzeramento del numero delle nuove infezioni annuali.

Che da questa constatazione si parta per elaborare campagne/strategie di prevenzione costanti, diversificate per gruppi di de-

stinatari, che utilizzino linguaggi adeguati e riferimenti specifici agli strumenti di prevenzione (es.: "Profilattico", "Test HIV", "Terapia antiretrovirale"), avendo cura di adeguare la terminologia utilizzata alle caratteristiche del gruppo di volta in volta considerato. In particolare, chiediamo che la prevenzione dell'infezione da HIV sia da intendersi come "intervento bio-psicosociale" e debba quindi inserirsi in un contesto normativo e di intervento più ampio di lotta contro lo stigma e di tutela della persona.

[Omissis: le specifiche sulle popolazioni].

Politiche contro lo stigma e le discriminazioni

- Chiediamo che si proceda - di concerto tra istituzioni competenti, mondo associativo, rappresentanze sindacali e del mondo produttivo - alla elaborazione di piani di informazione/formazione volti a rimuovere lo stigma, la discriminazione e il mobbing di cui le persone con HIV sono spesso vittime soprattutto sui luoghi di lavoro e nel settore dell'assistenza sanitaria.

Garanzia della privacy - Chiediamo che si prenda atto delle frequenti e gravi violazioni delle norme vigenti in materia di protezio-

ne della riservatezza dei dati sanitari relativi alle infezioni da HIV (legge 135/1990, D.lgs 196/2003), e che si costituiscano con urgenza tavoli di lavoro con l'obiettivo di elaborare strumenti operativi per assicurare il rispetto della normativa vigente in tutti gli ambiti in cui essa viene sistematicamente violata (strutture sanitarie e assistenziali, posti di lavoro del settore pubblico e privato, scuola e università, strutture sportive, agenzie di lavoro interinale, ecc.).

Disponibilità dei farmaci e della diagnostica - Chiediamo che si ponga rimedio alle inaccettabili disparità che la regionalizzazione sanitaria ha prodotto nella disponibilità dei farmaci e della diagnostica, mediante l'elaborazione di piani di coordinamento nazionali volti a superare tali inaccettabili condizioni di disuguaglianza tra cittadini residenti in regioni diverse.

In particolare, ma non esaustivamente, chiediamo che le "Linee Guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1" siano prese come riferimento univoco da tutte le regioni, ASL, centri di cura e assistenza delle persone con HIV del nostro paese, e chiediamo che la promozione di politiche di diagnosi alla patologia sia uniforme e gratuita sul territorio, garantendo così i diritti costituzionali della cittadinanza.

Politiche antidroga - Chiediamo che sia compiuta una verifica trasparente sull'efficacia delle attuali politiche antidroga nazionali, come ribadito dalla dichiarazione ufficiale dell'ultima conferenza mondiale sull'AIDS (XVIII IAC, 2010) denominata: "La Dichiarazione di Vienna".

Essa ha riaperto il dibattito sulle politiche antidroga attuate fino ad ora e la loro correlazione con l'HIV, ne ha sancito il fallimento, evidenziando come l'approccio repressivo contro i consumatori non favorisce l'emersione dei comportamenti a rischio, diventando piuttosto motore del propagarsi dell'infezione.

Per questo chiediamo che venga rivisto l'impianto legislativo vigente (L.49/2006 - Fini/Giovanardi), che da un lato ha visto aumentare la presenza di consumatori di sostanze nelle carceri e, dall'altro, li ha spinti sempre di più nell'invisibilità rendendoli quindi, di fatto, non più raggiungibili da messaggi e strumenti di prevenzione su HIV, HCV e Malattie a Trasmissione Sessuale.

Finanziamento alla ricerca - Chiediamo che il Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS, istituito alla fine degli anni '80 e di volta in volta sensibilmente ridotto

nell'erogazione dei fondi, al momento cancellato dal Ministero della Salute e di fatto non sostituito con alternative concrete e mirate alla patologia, sia istituito nuovamente con continuità e con finanziamenti adeguati e/o chiediamo che si trovino forme di finanziamento specifiche sulla patologia e sostanziali per consentire ai nostri ricercatori, tra i più bravi al mondo, di proseguire la loro attività nella lotta contro l'HIV.

In merito agli interventi internazionali:

Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria - Chiediamo che l'Italia comunichi un piano di rientro per l'esborso dei contributi per il 2009 e il 2010 - pari a 260 milioni di euro - e dei 30 milioni di dollari addizionali che il Presidente del Consiglio Silvio Berlusconi ha promesso al Vertice G8 del 2009 a L'Aquila. Chiediamo, inoltre, che l'Italia rinnovi l'impegno finanziario a favore del Fondo Globale per il triennio 2011-2013.

Destinazione di parte del PIL - Chiediamo che l'Italia si impegni concretamente per raggiungere l'obiettivo di destinare lo 0,7% del proprio PIL in Aiuto Pubblico allo Sviluppo entro il 2015. Come ribadito anche dalla recente Dichiarazione politica UNGASS 2011, se i Paesi sviluppati non incrementeranno i propri sforzi per raggiungere que-

sta soglia, sarà impossibile raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, fra i quali il sesto, sulla lotta contro le pandemie. L'Italia, in particolare, è attualmente il maggior responsabile del deficit europeo (38%) per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e deve pertanto urgentemente invertire la pericolosa tendenza che ha visto precipitare il rapporto APS/PIL fino a un preoccupante 0,15% nel 2010.

HIV/AIDS e rafforzamento dei sistemi sanitari - Chiediamo che negli interventi di lotta contro l'AIDS sostenuti dal Governo italiano nei Paesi a risorse limitate, l'approccio centrato sulla malattia sia integrato da un'attenzione al rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso, così che le strutture sanitarie di base nei Paesi colpiti dalla pandemia possano essere messe in grado di gestire un pacchetto di prevenzione, trattamento, cura e supporto con un livello di efficienza adeguato agli standard internazionali.

Presenza italiana e partecipazione della Società Civile - Chiediamo la nascita di una struttura istituzionale che consenta all'Italia la partecipazione attiva e sistematica agli appuntamenti internazionali di confronto sull'HIV/AIDS e chiediamo la partecipazione paritetica a questa struttura della Società Civile del nostro paese.

Simone Marcotullio, Rapporteur VI Conferenza IAS



SURVEY NAZIONALE: METABOLISMO OSSEO E HIV

SPESSE NON ESISTE NEI CENTRI CLINICI ITALIANI UN PERCORSO DIAGNOSTICO PER L'OSTEOPOROSI PER LE PERSONE CON HIV/AIDS.

INTRODUZIONE

La terapia antiretrovirale altamente efficace (HAART) ha drasticamente ridotto la mortalità dei pazienti HIV-positivi, ma l'aumentata sopravvivenza ha anche incrementato il numero delle patologie concomitanti, quali le malattie cardiovascolari, renali, ossee e i disturbi cognitivi ed i tumori. Fra queste, l'osteoporosi e le fratture ad essa correlate presentano un'elevata prevalenza che, nel corso degli anni, sembra in progressivo e costante aumento. Gli infettivologi sono pertanto costretti ad affrontare un complesso percorso diagnostico che richiede tempo, conoscenze scientifiche e strumenti adeguati.

SCOPO DELLO STUDIO

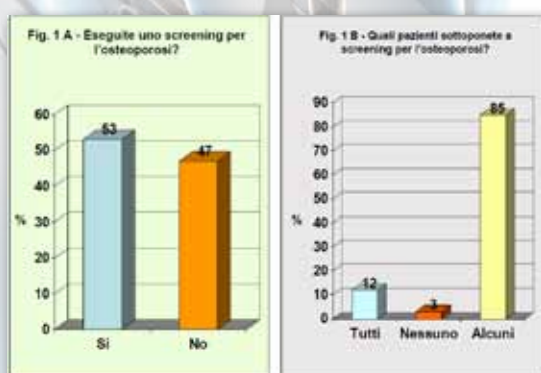
Con questa indagine conoscitiva (Survey) abbiamo voluto valutare sia l'attenzione degli infettivologi italiani verso l'osteoporosi da HIV, sia le risorse che essi hanno a disposizione per effettuarne la diagnosi.

METODI

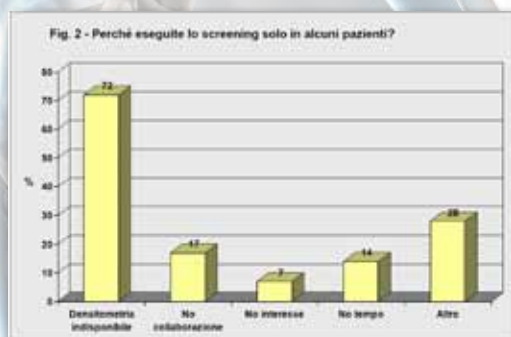
Nel primo semestre del 2010 un questionario è stato inviato ai più importanti Centri italiani per la cura dell'infezione da HIV e 34 di questi hanno aderito compilandolo.

RISULTATI

In media ciascun centro partecipante segue 923 pazienti, dei quali 752 sono in terapia antiretrovirale. Le figure 1A e 1B riportano la percentuale dei centri che eseguono uno screening per l'osteoporosi e criteri di scelta dei pazienti da studiare.



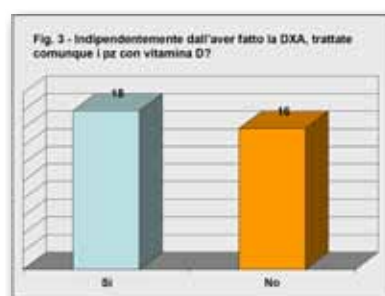
La figura 2 mostra i motivi per cui solo alcuni pazienti vengono sottoposti a screening densitometrico (a questa domanda era possibile dare più di una risposta).



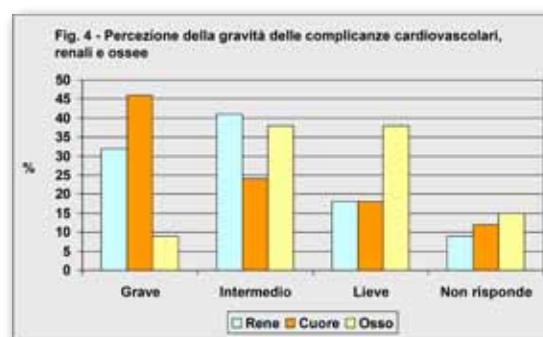
In quasi tutti i centri vengono regolarmente valutati il metabolismo fosfo-calcico plasmatico e la concentrazione di vitamina D, mentre solo il 40% dei centri esegue, almeno una volta, la misurazione dell'escrezione urinaria di calcio sulle urine di 24 ore. Meno di un

quarto dei partecipanti prescrive il dosaggio di almeno un marker del turnover osseo.

La figura 3 mostra come, indipendentemente dall'aver eseguito la densitometria ossea, più della metà dei centri somministra ai propri pazienti vitamina D a dosaggio adeguato (in media 40.000 UI al mese).



La figura 4 mostra come solo il 9% dei centri consideri l'osteoporosi una complicanza grave dell'infezione da HIV. Per il 76% essa è una comorbidità di media o lieve entità. Addirittura il 15% dei centri non ritiene utile fornire una risposta a questa domanda.



DISCUSSIONE

I risultati di questa indagine confermano che **un percorso dedicato alla diagnosi dell'osteoporosi è avvertito come necessario solo da circa la metà dei centri intervistati**. Nonostante le linee guida raccomandino uno screening per l'osteoporosi e sebbene l'infezione da HIV sia ormai annoverata fra le cause di osteoporosi secondaria, un percorso diagnostico risulta ancora di difficile esecuzione. Ciò è principalmente dovuto alla scarsità di mezzi diagnostici (densitometria ossea) e alla difficile collaborazione con i centri che si occupano di diagnosi delle patologie del metabolismo osseo. Al contrario è confortante scoprire che gli infettivologi italiani somministrano di routine la vitamina D ai propri pazienti, in accordo alle più recenti evidenze. Infine, va sottolineato che un'evidenza scientifica, sempre crescente, sta mettendo in relazione le malattie cardiovascolari e renali con l'osteoporosi e questo aspetto dovrà in futuro aumentare la consapevolezza degli addetti ai lavori sulla gravità delle osteopatie da HIV.

Vescini Fabio, Centro per la Diagnosi e Cura dell'Osteoporosi, San Donà di Piave (VE).
Di Campli Francesco, ViV Healthcare, Verona. - Borderi Marco, UO Malattie Infettive, Bologna.
Gruppo di studio italiano "SorBone": C. Biagetti (Pesaro), T. Bini (Milano), S. Di Giambenedetto (Roma), D. Francisci (Perugia), G. Guaraldi (Modena), R. Gulminetti (Pavia), R. Iardino (NPS), M. Lanzafame (Verona), S. Lo Caputo (Firenze), P. Nasta (Brescia), G. Pellicanò (Messina), A. Sattin (Padova), N. Squillace (Monza), C. Torti (Brescia).

DALLA COMPLIANCE ALL'ADERENZA TERAPEUTICA...

CURARE LE PATOLOGIE CHE PREVEDONO L'ASSUNZIONE DI FARMACI A TEMPO INDEFINITO SIGNIFICA DOVER DIRE ALLA PERSONA CHE NE È COLPITA CHE NON

GUARIRÀ. QUESTO GLI RENDE DIFFICILE ACCETTARE LA MALATTIA E, DI CONSEGUENZA, UNA TERAPIA A LUNGO TERMINE.

DEFINIZIONI

Spesso i medici che trattano l'HIV/AIDS parlano di *compliance*, un termine che al paziente appare subito "misterioso" e che viene poi, nel linguaggio, erroneamente semplificato con altri termini ritenuti sinonimi. Questo concetto, al contrario di quanto è creduto, implica solo un'obbedienza passiva: il paziente subisce la prescrizione medica.

Compiere, invece, un passaggio culturale-gestionale proattivo in questo ambito, per accertarsi del successo della prescrizione medica è, in questa patologia, cruciale e non rinunciabile.

La *compliance terapeutica*, invece, riflette il comportamento dinamico ed oggettivo del paziente, ciò che di fatto dovrebbe essere valutato dal medico trascorso un certo periodo di tempo dalla prescrizione e con frequenza temporale definita.

In mezzo a questi due concetti, è invece quello di *aderenza terapeutica*: il paziente accetta la terapia proposta dal medico, studiata in base ai fattori specifici di quel paziente. È un'accettazione in termini di "progetto terapeutico" e la motivazione del paziente è relativa alle raccomandazioni del medico e agli obiettivi di cura che "assieme medico e paziente" si sono posti. Si può avere aderenza terapeutica solamente quando il paziente ha accettato l'esistenza della malattia ed i problemi legati alla terapia proposta. I Counsellors, ma non solo, possono favorire questo processo.

Esistono fattori che portano alla non-compliance legati al paziente, alla malattia, alla terapia e al medico.

Fattori legati al paziente:

- Non accettazione della malattia: resistenza;
- Scarsa comprensione della necessità della terapia: perché ricorrere a cure anche quando i sintomi non sono presenti?
- Mancanza di fiducia nei confronti del medico/dei medici: questo può portare, in alcuni casi, alla "ricerca del medico giusto", che può essere eterna se il problema è legato alla relazione con la "classe medica".
- Credenze e interpretazioni sulla malattia: fatalità, ingiustizia, colpa, ...;
- Difficoltà di accettazione nel doversi relazionare costantemente con una struttura sanitaria.

Fattori legati alla malattia:

- La compliance diminuisce con il passare del tempo;
- Tranne in presenza di sintomatologia acuta, il paziente si sente bene e questo lo incoraggia a non sottoporsi alla terapia regolarmente.
- Volontà di prendersi un periodo di "vacanza", di evasione, di rivincita dalla malattia.

Fattori legati alla terapia:

- Paura di eventi avversi;
- Regimi complessi;
- Routine della terapia (apatia);
- "Troppa presenza della terapia" nella vita quotidiana.

Fattori legati al medico/struttura sanitaria:

- Relazione medico/paziente scarsa o insufficiente;
- Il medico non ascolta o manca di empatia;
- Durata della visita (mancanza di tempo);
- Procedure sempre più difficili delle strutture sanitarie: consegna dei farmaci, organizzare appuntamenti per esami, visite, firme ricette, comorbidità e rispettive terapie...

Questi fattori sono di natura molto differenti tra loro, talvolta si compenetrano e ognuno di essi meriterebbe un approfondimento specifico: su alcuni potrebbe essere relativamente semplice intervenire, su altri meno, su altri ancora, di fatto, non è possibile.

IL PERCEPITO "COMPLESSIVO" DEL PAZIENTE

Sono molte le "strategie di fuga" messe in atto dalle persone. La maggior parte di esse sono ritenute dai singoli "personali", "non comunicabili ai medici", "praticabili con più o meno sensi di colpa", "comunque corrette". È un po' come quando un automobilista decide di parcheggiare in seconda fila: se "gli va bene" troppe volte si sente più autorizzato a farlo. Quando gli va male una volta (fallimento della terapia), cerca di redimersi e lo fa meno spesso. Se poi prende una multa per due volte consecutive, inizia a credere che c'è qualcuno "più in alto di lui" che ha deciso di punirlo (perché 'proprio io' non riesco a controllare il virus?). Ma, attenzione: ci sono anche quelli che, alle multe, sono in-

differenti (occorrerà cercare 'la vera causa'). Questo paragone ci fa comprendere quanto ci sia ancora da fare sul tema e come il lavoro dovrà essere intenso, continuativo e soprattutto molto personalizzato e dinamico.

LA TERAPIA

È certamente il fattore chiave, scatenante di mille reazioni: può essere "amata", ma anche "odiatissima". Può essere la rappresentazione della malattia nella quotidianità oppure il fattore salvifico da essa. L'attenzione nella ricerca della giusta terapia (più o meno invasiva) da parte del curante è fondamentale. C'è chi non ha problemi ad assumerla più volte al dì, anzi, magari ne è rafforzato; c'è invece chi, anche quella singola volta, gli comporta problemi. L'individuazione di "cosa ci sta veramente dietro" ai comportamenti approfondisce la base per il percorso di aderenza terapeutica: ad oggi, francamente, esistono pochi strumenti per valutare questi fattori e comunque si richiederebbe una personalizzazione molto forte del percorso di cura della persona, purtroppo difficilmente sostenibile dal nostro sistema sanitario.

IL RAPPORTO CON LA STRUTTURA SANITARIA

È certamente un altro fattore spinoso: quante volte l'anno una persona con HIV deve recarsi o rivolgersi alla struttura sanitaria? Tante: esami, visite, ritiro dei farmaci, possibili problemi acuti. Di fatto, con l'andare del tempo, la persona capisce che certi sogni o progetti, a causa di questo legame, diventano impraticabili: ma se volessi cambiare vita? Cambiare città? Cambiare stato? Se ricevessi una proposta di lavoro che mi costringerebbe a stare via per molto tempo? Sì, tutto si può fare e pensare...ma è molto più complicato. Alla struttura sanitaria, purtroppo, talvolta è da imputare anche la non garanzia di avere lo stesso medico nel proprio percorso: un problema in più, da gestire ogni volta.

CONSIDERAZIONI FINALI

La sfida futura per rafforzare l'aderenza terapeutica è difficile: la multidimensionalità degli interventi che considerano il vissuto dei pazienti non può però più essere trascurata. Occorre che la scienza sull'aderenza compia un salto di qualità in questa direzione.

C. SEGUIRE LA TERAPIA

"UN PAZIENTE INFORMATO È DI AIUTO A SE STESSO, ALLA COMUNITÀ SCIENTIFICA E ALLA SOCIETÀ: CREARE LE BASI CULTURALI PER UN DIALOGO ALLA PARI TRA LE PARTI, SECONDO I RISPETTIVI RUOLI, È DUNQUE CRUCIALE". QUESTA FRASE DELLA SCHEDA DESCRITTIVA DI NADIR ONLUS SPIEGA IL SENSO DI UNA SERIE DI ARTICOLI CHE PARTONO DA QUI. LO SCOPO SARÀ ANALIZZARE LA TERAPIA ANTIRETROVIRALE IN - QUASI - TUTTI I SUOI ASPETTI, CERCANDO DI RENDERE COMPENSIBILI ANCHE LE MOTIVAZIONI SCIENTIFICHE CHE STANNO DIETRO CIASCUN FENOMENO. PER COMMENTI, DOMANDE, SEGNALAZIONI GIULIOMCORBELLIQ.HOTMAIL.COM

COSA ASPETTARSI DALLA TERAPIA

Dopo 4 settimane dall'inizio della terapia, è consigliato un monitoraggio con carica virale e conta CD4 per valutare il buon funzionamento della stessa. Successivamente questi esami saranno ripetuti ogni 3-4 mesi. Una buona combinazione terapeutica assunta costantemente e con regolarità induce un abbattimento della carica virale in tempi piuttosto brevi: già dopo 4 settimane la carica virale dovrebbe essere diminuita di 10 volte ed entro sei mesi dovrebbe raggiungere la soglia di non rilevanza (<50 copie/ml). Se questo non dovesse accadere, si parla di *fallimento virologico* e si devono valutare le possibili cause:

- scarsa aderenza al trattamento: un'assunzione incompleta o irregolare porta quasi sempre a scarsi risultati dal punto di vista dell'abbattimento della replicazione virale;
- problemi legati alla concentrazione plasmatica dei farmaci o ad eventuali interazioni farmacologiche: per varie ragioni, la concentrazione dei farmaci nel sangue potrebbe non corrispondere a quella che ci si aspetterebbe e in questi casi è opportuno misurarla con un esame apposito chiamato TDM (*therapeutic drug monitoring*); inoltre, il medico dovrebbe valutare se non vi sia interazione con altri farmaci assunti contemporaneamente che possono alterare la concentrazione della terapia antiretrovirale;
- insorgenza di resistenze; è difficile che il virus diventi resistente all'inizio di una terapia precedentemente valutata con apposito test se questa viene assunta correttamente, tuttavia qualcosa potrebbe non aver funzionato oppure il test di resistenze potrebbe non essere stato effettuato prima del trattamento e sarà quindi opportuno valutarlo in caso di fallimento virologico a sei mesi.

Naturalmente è anche possibile, soprattutto in presenza di viremia elevata all'inizio della terapia, che la soglia di non rilevanza venga raggiunta in tempi più lunghi, superiori ai sei mesi; in questi casi è bene monitorare più frequentemente questo valore per verificare che ci sia comunque una sua graduale diminuzione e che non compaiano rialzi viremici.

L'inizio della terapia ha solitamente degli effetti anche sulla conta dei CD4, ma con modalità differenti: nella maggior parte delle persone, si registra un aumento graduale dei CD4 al ritmo di circa 50-100 cellule/ μ l all'anno, ma in una percentuale di casi valutata intorno al 25% si registra un aumento minore o non si registra affatto. In questo caso si parla di *immunological non-responders*, cioè di persone che non rispondono al trattamento dal punto di vista immunologico, e per loro è consigliato un monitoraggio dei CD4 più frequente (ogni 2/3 mesi).

Oltre a questi effetti positivi della terapia, è possibile che insorga anche qualche problema; i farmaci antiretrovirali, infatti, presentano, ciascuno con modalità ed entità diverse, effetti collaterali. Essi variano sensibilmente da farmaco a farmaco, ma i più comuni possono essere alterazioni del metabolismo dei grassi, lipodistrofia, anemia, reazioni allergiche, diarrea, nausea, intorpidimento del cavo orale, mal di testa. A parte gli effetti legati al metabolismo, più difficili da gestire e che possono accumularsi nel tempo, gli altri generalmente si manifestano in maniera più sensibile nelle prime settimane di trattamento e spesso regrediscono dopo poco tempo. Ciascuna classe di farmaci ha poi delle "tossicità di classe" comuni, seppur con qualche variazione, ai farmaci di quel gruppo.

classe di farmaci	effetti collaterali più comuni
Inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa (NRTI)	infiammazione del pancreas e del fegato, reazioni allergiche, febbre, eruzioni cutanee, vomito, anemia, cefalea, intorpidimento
Inibitori non-nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI)	eruzioni cutanee, alterazione di stato mentale (efavirenz)
Inibitori della proteasi (IP)	alterazioni dei livelli di grassi nel sangue, iperglicemia, nausea, vomito, eruzioni cutanee, cefalee, formicolio

IL MECCANISMO DELLE RESISTENZE

In circa 9 casi su 10, quando ci si contagia con l'HIV si acquisisce un ceppo sensibile a tutti i farmaci, detto *virus wild type*. Il virus, ogni volta che si replica, produce dei piccoli cambiamenti nel suo patrimonio genetico rispetto alla generazione precedente; la selezione genetica prevede che le mutazioni che lo rendono più capace di sopravvivere nell'ambiente che lo circonda, più facilmente verranno trasmesse anche alle generazioni future.

Con questo **meccanismo di resistenza**, HIV può selezionare quelle mutazioni che gli consentono di replicarsi anche in presenza del farmaco. Per evitare che questo accada, è necessario che la replicazione virale sia tenuta costantemente, senza nessuna interruzione, al di sotto della soglia di rilevanza. Se la replicazione del virus riprende, infatti, saranno gli eventuali mutanti resistenti ai farmaci a replicarsi con più facilità e a costituire quindi la popolazione maggioritaria. Nel caso, quindi, in cui si registri un innalzamento della viremia in concomitanza con la terapia antiretrovirale, generalmente ci si trova davanti a problemi di resistenza e dovrà essere necessario cambiare terapia.

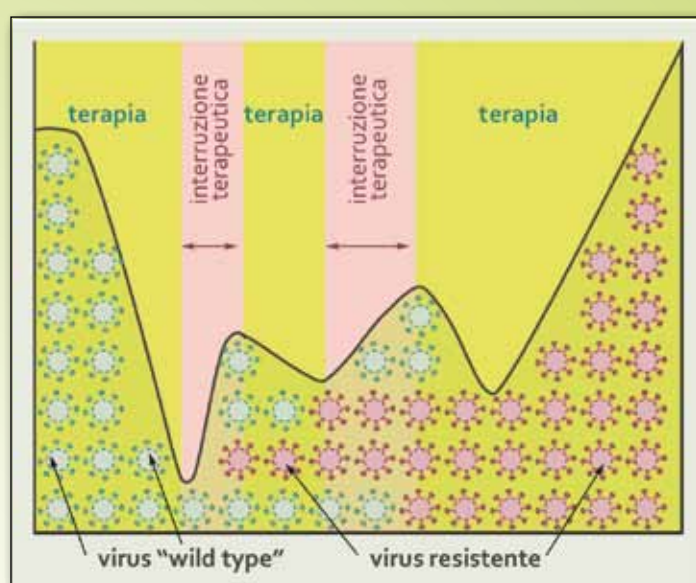
Può anche capitare che sviluppando resistenza a un farmaco, si

RUBRICA

GIULIO MARIA CORBELLI
MEMBRO EATG

IL PAZIENTE INFORMATO

sviluppi automaticamente resistenza ad altri farmaci della stessa classe; questo meccanismo è chiamato *resistenza crociata o di classe*. Gli NRTI (inibitori nucleosidici) sono i farmaci maggiormente esposti al rischio di resistenze crociate. L'insorgere di un ceppo resistente è verificabile attraverso un test di resistenza, da effettuare quando si inizia la terapia e quando si cambia una terapia non più efficace.



L'ADERENZA ALLA TERAPIA

Il modo più efficace per evitare l'insorgere del meccanismo di resistenza ai farmaci è mantenere la replicazione virale inibita dalla terapia antiretrovirale; in altre parole, occorre assumere la terapia in maniera rigorosamente corretta, cioè:

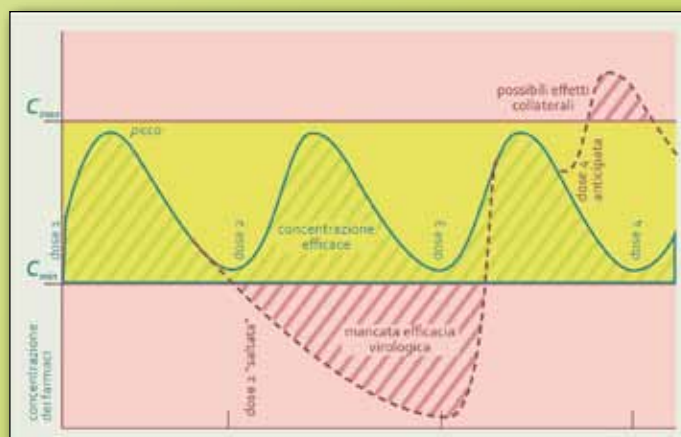
- rispettando il dosaggio
- senza saltare nessuna assunzione
- sforzandosi di prendere la terapia agli orari previsti
- rispettando la modalità di somministrazione (alcuni farmaci vanno assunti a stomaco pieno, altri a stomaco vuoto, per altri indifferentemente).

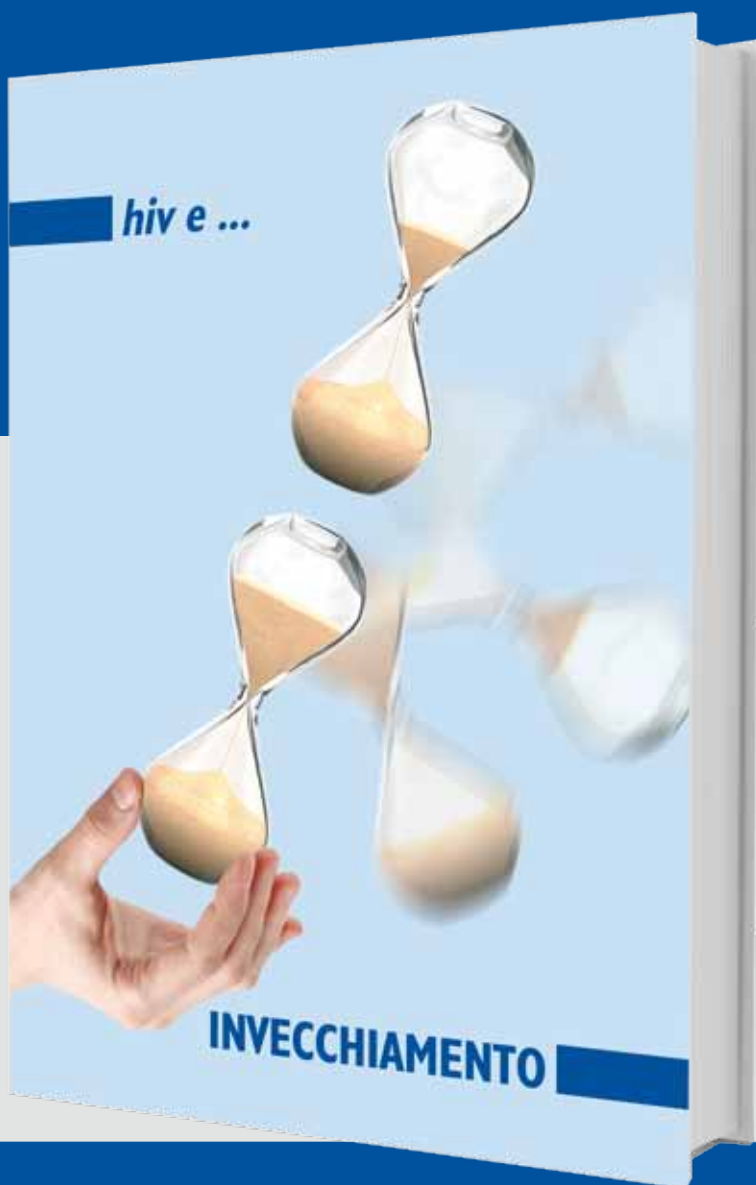
Tutti questi comportamenti corrispondono alla cosiddetta **aderenza** alla terapia, cioè indicano quanto si è aderenti alle prescrizioni di somministrazione. Secondo alcuni studi, per assicurare l'efficacia della terapia è necessario raggiungere almeno il 95% di aderenza; in pratica, significa che saltare una dose in due-tre mesi potrebbe ancora non compromettere l'efficacia della terapia. Questa indicazione però varia molto a seconda del regime terapeutico: ciascun farmaco resta in circolazione nell'organismo in concentrazioni sufficienti a sviluppare l'effetto terapeutico per un certo numero di ore (si parla di *emivita* del farmaco) per poi essere smaltito con i normali processi del metabolismo. In generale la concentrazione

dei farmaci nel sangue deve essere sempre compresa tra un valore minimo C_{min} , al di sopra del quale è assicurata la efficacia virologica, mentre è opportuno non andare oltre il valore massimo C_{max} per evitare che insorgano effetti collaterali più pesanti. Quindi se si assumono insieme inavvertitamente due dosi di farmaco, si possono sperimentare effetti indesiderati, mentre se prima che la concentrazione scenda sotto la soglia terapeutica non sopraggiunge una nuova assunzione di farmaco, l'effetto terapeutico si interrompe e il virus può riprendere a replicarsi. Per i farmaci a emivita breve, è assolutamente fondamentale non saltare nessuna somministrazione: nel caso di assunzione *once daily* (una volta al giorno) il pericolo derivante da una mancata assunzione è maggiore perché espone il soggetto a una insufficiente concentrazione di farmaco per un tempo più lungo. Per tutti questi motivi, decidere di prendersi una "vacanza terapeutica" può risultare molto pericoloso. Se si sente il bisogno di sospendere la terapia, la cosa migliore è parlarne con il proprio medico che saprà aiutare a trovare una soluzione che limiti i danni.

A chi non assume una terapia cronica come quella per l'HIV può sembrare strano, ma accade spesso di non riuscire a ricordarsi se si è preso i farmaci oppure no. Un aiuto per una migliore aderenza può venire seguendo alcuni piccoli accorgimenti: ad esempio, si può preparare tutte le dosi di una settimana precedentemente per poter verificare giorno dopo giorno di aver assunto le dosi previste; si può anche ricorrere ad allarmi, sveglie, portapillole con timer o avvisi via sms (esistono siti per le persone sieropositive che forniscono questo servizio gratuitamente). Se si vive con altre persone informate sulla condizione di sieropositività, si può anche chiedere a loro un aiuto.

Se ci si accorge di aver saltato una dose entro poche ore dall'orario di assunzione regolare (entro 4-5 ore nel caso di somministrazione due volte al giorno, fino a 12 per le *once daily*) è possibile assumerla in ritardo; alla somministrazione successiva è bene tornare all'orario abituale. Se invece ce ne si accorge quando ormai si è prossimi alla dose successiva, è bene non prendere due dosi insieme. In ogni caso è bene riportare al proprio medico tutti gli episodi di mancata o ritardata assunzione dei farmaci per aiutarlo a comprendere se possono insorgere problemi con la terapia ed eventualmente permettergli di fornire un supporto per migliorare l'aderenza.





Nuova pubblicazione di Nadir in distribuzione ai centri clinici e alle associazioni di pazienti. Disponibile online in formato PDF su www.nadironlus.org

Di seguito i temi trattati:

CONOSCERE... PER INVECCHIARE BENE

Invecchiamento e storia naturale
La presenza dell'HIV
La fragilità
Pensare al futuro
Continuare a lavorare o andare in pensione?
Mantenere il controllo
Aspetti psicologici dell'invecchiamento per la persona sieropositiva
Il tabagismo
Consumo e abuso di alcol e droghe
Attività fisica raccomandata
I cambiamenti dell'aspetto fisico
Fisioterapia e Osteopatia
Salute del piede
Igiene della bocca

APPROFONDIMENTI SUL CORPO UMANO

Cuore e apparato circolatorio
Il sangue
I grassi (lipidi)
Gli zuccheri e il diabete
I Tumori
Il fegato e la coinfezione con epatiti
Il sistema nervoso
Gli occhi e la vista
Sessualità e problemi ormonali
Disfunzioni sessuali
Pelle, capelli e unghie

FARMACI E LINEE GUIDA

ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA: CONSIGLI PRATICI

PROSPETTIVE DI RICERCA

TERMINI SCIENTIFICI

Questa guida, dedicata alle persone sieropositive che hanno superato i 50 anni di età, si propone di illustrare le problematiche in tema di HIV e invecchiamento e dare indicazioni sui modi migliori per affrontarle. Molte persone con HIV, alcune da oltre vent'anni, stanno ora entrando in quella fase della vita in cui bisogna fare i conti con il passare degli anni e le sue conseguenze. Altre, invece, scoprono di essere sieropositive a un'età non più giovanissima: una diagnosi pesante che si aggiunge alle problematiche che l'invecchiamento inevitabilmente porta con sé.

In passato, chi contraeva l'HIV poteva avere ben poche speranze di raggiungere quella che è convenzionalmente considerata l'età anziana: oggi invece, grazie all'avvento dei farmaci antiretrovirali, le cose sono cambiate. L'allungamento dell'aspettativa di vita delle persone sieropositive comporta che si stia spostando sempre più l'attenzione, sia a livello di controlli sanitari sia di terapia, sulla gestione delle malattie associate all'invecchiamento e quelle legate all'infezione da HIV e/o alla terapia complessiva della persona. E' un tema nuovo, dinamico e, di conseguenza, le informazioni disponibili evolvono continuamente.

DELTA
rivista di informazione sull'HIV
n. 55, Autunno 2011

Direttore Responsabile

Filippo von Schlösser

Redazione

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

Comitato Scientifico

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

Grafica e impaginazione

Simona Reniè

Supervisione

David Osorio

Stampa

Tipografia Messere Giordana - Roma

Editore

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

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

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

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

*Ringraziamo **Abbott s.r.l.** per il supporto al n. 55 di Delta.*

Sito web di Nadir - www.nadironlus.org

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