

# NadirPonte

CONOSCERE APPLICARE

Strumento per trasmettere in modo semplice gli aggiornamenti della ricerca e stabilire un raccordo tra essi e la loro applicabilità nella gestione dell'HIV quale chiave del successo clinico a lungo termine.



Better Equipped for Starting  
Treatment Programme

## VALUTAZIONE E PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PER L'INIZIO DELLA TERAPIA

nadir

## Introduzione

L'inizio della terapia antiretrovirale è una tappa fondamentale nella gestione a lungo termine dell'infezione da HIV. La necessità di personalizzarla in base a fattori biologici e comportamentali la rende paragonabile, per importanza, a quella della scoperta dello stato di infezione, per due ragioni principali:

- L'impatto della terapia è determinante nel modificare la storia naturale dell'infezione [1], nel condizionare la sua evoluzione clinica, la prognosi a distanza, lo stato di benessere e la qualità di vita;
- La decisione di intraprendere il trattamento costringe la persona a una modifica sostanziale degli

equilibri psico-affettivi, vista la necessità di doversi abituare a una terapia per tutta la vita.

Tali aspetti assumono oggi più enfasi poiché la raccomandazione dell'inizio della terapia antiretrovirale è in una fase abbastanza precoce dell'infezione, quella asintomatica [2-4], nella quale il sistema immunitario è ancora relativamente preservato, con l'ovvia eccezione, purtroppo non trascurabile nel nostro paese, dei pazienti che scoprono il loro status sierologico tardivamente, [6] nei quali solitamente l'inizio è urgente.

## Quando affrontare l'argomento dell'inizio della terapia?

E' opportuno farlo in una fase della storia naturale dell'infezione in cui i sintomi e la progressione dell'immuno-deficienza non rappresentano ancora un problema, spiegando, motivando e comunicando le ragioni biologiche che sottendono a questo momento e il benessere clinico a lungo termine che ne deriverà.

Il linguaggio deve essere comprensibile, personalizzato,

efficace, con l'obiettivo di attrarre e coinvolgere il massimo delle risorse psicologiche dell'individuo.

E' raccomandato un approccio motivazionale graduale, finalizzato a:

- Ottenere il massimo grado di motivazione e consapevolezza della persona;
- Inserire nel futuro - nel modo più armonico possibile - l'assunzione della terapia all'interno della quotidianità.

## Perché è importante parlarne?

L'importanza di questo argomento è legata a due aspetti fondamentali:

- Il punto di inizio ottimale della terapia è un argomento in continua evoluzione e per certi aspetti ancora controverso. Le varie Linee Guida non danno raccomandazioni univoche, anche sui criteri e fattori che ne condizionano la scelta [2-5];
- L'aderenza alla terapia è profondamente influenzata da questa fase preparatoria e diversi studi evidenziano come l'aderenza iniziale al trattamento è predittiva di

comportamenti di aderenza a lungo termine [7-8].

Valutare e preparare la persona con HIV sono due momenti chiave che coinvolgono da un lato gli approfondimenti di ordine biologico e clinico (con spiegazioni adeguate), dall'altro un'analisi da parte del medico del profilo psicologico e comportamentale, dissipando gradualmente le criticità del paziente, in modo da garantire una adeguata aderenza al trattamento che è il primo predittore di efficacia delle attuali terapie [9].

## Quali sono i principi del colloquio medico-paziente?

Una parte specifica delle Linee Guida Italiane [4] raccomanda con forza di:

- Offrire al paziente un colloquio all'insegna della privacy;
- Garantire il tempo necessario alla comprensione e all'ascolto;
- Rispondere con chiarezza e trasparenza alle domande del paziente;
- Spiegare in dettaglio i motivi per i quali è opportuno e/o necessario iniziare la terapia;
- Discutere la tipologia e la motivazione della terapia scelta.

Per rendere ancora più chiari e meno "liberamente interpretabili" questi concetti, le Linee Guida Italiane esortano il medico a:

- Spiegare i motivi per cui è opportuno iniziare una terapia di combinazione in "quel momento clinico" (per es.: mostrare, possibilmente in forma semplificata, qualche dato scientifico che possa far comprendere meglio la ragione per cui il curante ritiene utile l'inizio di un trattamento farmacologico);
- Fare comprendere il razionale delle terapie di combinazione (per es.: perché più farmaci associati? Che effetto hanno? Quali i benefici/conseguenze attese? Quali parametri ci

indicheranno l'efficacia della terapia? Cosa "andremo a verificare" nel prossimo prelievo?);

- Spiegare e mostrare i principali esami diagnostici che guidano la valutazione clinica;
- Evidenziare i benefici derivanti dalla terapia, ma anche i limiti, con particolare attenzione ai possibili effetti collaterali dei singoli farmaci e delle varie combinazioni;
- Precisare che la somministrazione di una terapia di combinazione non preclude né controindica le possibilità di creazione;
- Spiegare con chiarezza ed esemplificazioni:
  - Il significato e l'importanza dell'aderenza alla terapia in tutti i suoi aspetti (perché si consigliano certe modalità di assunzione? Perché è necessario fare attenzione alla tempistica farmaci/cibo? Perché assumere sempre le dosi?);
  - Le conseguenze di una mancata aderenza (incompletezza efficacia della cura, emergenza di mutazioni e resistenze ai farmaci assunti).
- Approfondire la conoscenza del paziente considerando:
  - L'ambiente e il contesto sociale in cui vive;
  - Il luogo ed il tipo di lavoro;
  - Le abitudini di vita e i ritmi delle varie attività quotidiane;
  - Le abitudini alimentari e voluttuarie;
  - Le terapie convenzionali e non convenzionali in corso;
  - Gli interessi ricreazionali;
  - La rete affettiva e relazionale su cui il paziente può contare;
  - Lo stato psico-fisico del paziente, facendo emergere eventuali comorbidità o componenti ansioso-depressive, eventualmente correlabili a esperienze passate, alla siero-

positività o alla prospettiva di iniziare la terapia.

In caso di accettazione del percorso terapeutico si raccomanda al curante di:

- Evidenziare come i controlli ambulatoriali inizialmente più frequenti siano prova di attenzione alla salute del paziente;
- Porre l'accento sul fatto che vi sono altre opzioni di terapia nel caso il primo regime risultasse mal tollerato o poco efficace (anche in caso di emergenza di virus resistenti, va ricordata la disponibilità di nuovi farmaci efficaci);
- Avviare un percorso di *counselling* per supportare il paziente e fornirgli tutti gli strumenti per gestire al meglio la nuova fase della malattia;
- Valutare come i tempi e le abitudini di vita saranno condizionate in qualche modo dalla terapia;
- Indicare con semplicità e chiarezza (anche per iscritto), il tipo e il numero di compresse da assumere, gli orari e le possibili interferenze con i principali atti della vita quotidiana;
- Confermare la disponibilità del curante e del centro clinico a garantire al paziente ogni tipo di intervento assistenziale, anche in caso di difficoltà impreviste, assicurando una reperibilità telefonica dedicata;
- Se possibile, fornire al paziente i recapiti di associazioni di pazienti.

La proposta di iniziare la terapia deve essere condivisa con il paziente, al quale spetta la decisione finale.

Qualora il paziente si dimostrasse incerto o non pronto a iniziare la terapia, è consigliabile tranquillizzarlo, evitare ogni colpevolizzazione e rimandare la rivalutazione del problema ad una visita successiva: **forzare la volontà del paziente è controproducente e può essere la premessa per successivi fallimenti relazionali e terapeutici.**

## Le componenti della valutazione del paziente

Prima di iniziare la terapia è fondamentale indagare una serie di parametri biologici essenziali per inquadrare in modo completo tutti gli aspetti della malattia e i fattori di rischio [2]. Tra questi:

- Alcune caratteristiche dell'infezione virale, quali il tropismo virale [10], il grado di resistenza trasmessa [11, 18], alcune caratteristiche genotipiche (es. HLA B-5701) [12], gli aspetti che possono influenzare il grado di tollerabilità di alcune terapie;
- I profili di funzionalità epatica, renale, metabolica, che rappresentano sia gli indicatori di eventuali danni d'organo che l'infezione virale può aver generato nell'organismo [13], sia i fattori di rischio di patologia cardiovascolare, epatica o renale, che possono ridurre il grado di tollerabilità delle terapie e amplificarne le loro tossicità croniche cumulative [14];
- La presenza di coinfezioni da altri agenti infettivi in grado di alterare l'equilibrio virus-ospite e produrre un aumentato rischio di progressione di malattia, quali i vi-

rus epatici (HBV, HCV), la tubercolosi, l'HPV, il *Treponema* (sifilide). Alcune di queste condizioni possono sia alterare il punto ottimale di inizio [2-5], sia condizionare la scelta della combinazione terapeutica [3].

E' inoltre imprescindibile indagare la caratterizzazione del profilo cognitivo, affettivo e comportamentale della persona con HIV per:

- Inquadrare eventuali segnali di iniziale deterioramento cognitivo [15], espressione della penetrazione del virus nel sistema nervoso centrale;
- Individuare, in modo precoce e proattivo, alcuni importanti "predittori di ridotta aderenza al trattamento", quali ad esempio la depressione [16] o le condizioni di abuso di sostanze [17].

Nelle principali Linee Guida di terapia e gestione clinica dell'infezione da HIV esistono tabelle specifiche dedicate all'argomento.

Autore: Andrea Antinori, Direttore Dipartimento Clinico, INMI L. Spallanzani, IRCCS - Roma  
Supervisione: Nadir

#### Bibliografia

1. HIV-CAUSAL Collaboration, Ray M, Logan R, Sterne JA, et al. The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of HIV-infected individuals. *AIDS* 2010;24:123-137.
2. DHHS Guidelines 2009. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Accessed March 2010.
3. Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, et al. International AIDS Society-USA. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2010 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA* 2010;304:321-333.
4. Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. Available at: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1301\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1301_allegato.pdf)
5. EACS Guidelines 2009. Available at [http://www.europeanaidscinicalsociety.org/guidelinespdf/1\\_Treatment\\_of\\_HIV\\_Infected\\_Adults.pdf](http://www.europeanaidscinicalsociety.org/guidelinespdf/1_Treatment_of_HIV_Infected_Adults.pdf).
6. Antinori A, Coenen T, Costagliola D, et al., for the European Late Presenter Consensus Working Group. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med* 2011;12:61-64.
7. Carrieri MP, Raffi F, Lewden C, et al. APROCO study group. Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response: a 3-year follow-up study. *Antivir Ther* 2003;8:585-594.
8. Nieuwkerk PT, Oort FJ. Self-reported adherence to antiretroviral therapy for HIV-1 infection and virologic treatment response: a meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;38:445-448.
9. Cambiano V, Lampe FC, Rodger AJ, et al. Long-term trends in adherence to antiretroviral therapy from start of HAART. *AIDS* 2010;24:1153-1162.
10. Harrigan PR, Geretti AM. Genotypic tropism testing: evidence-based or leap of faith? *AIDS*. 2011 Jan 14;25(2):257-64.
11. Vercauteren J, Wensing AM, van de Vijver DA, et al. Transmission of drug-resistant HIV-1 is stabilizing in Europe. *J Infect Dis* 2009;200:1503-1508.
12. Mallal S, Phillips E, Carosi G, et al. For the PREDICT-1 Study Team. HLA-B\*5701 screening for hypersensitivity to abacavir. *N Engl J Med* 2008;358:568-579.
13. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group, El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD, et al. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *N Engl J Med* 2006;355:2283-2296.
14. Worm SW, Sabin C, Weber R, et al. Risk of myocardial infarction in patients with HIV infection exposed to specific individual antiretroviral drugs from the 3 major drug classes: the data collection on adverse events of anti-HIV drugs (D:A:D) study. *J Infect Dis* 2010;201:318-330.
15. Antinori A, Arendt G, Becker JT, et al. Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology* 2007;69:1789-1799.
16. Carrico AW, Riley ED, Johnson MO, et al. Psychiatric Risk Factors for HIV Disease Progression: The Role of Inconsistent Patterns of Antiretroviral Therapy Utilization. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010 Nov 24. [Epub ahead of print].
17. Grigoryan A, Hall HI, Durant T, et al. Late HIV diagnosis and determinants of progression to AIDS or death after HIV diagnosis among injection drug users, 33 US States, 1996-2004. *PLoS One* 2009;4:e4445.
18. Perno CF, Ceccherini-Silberstein F, De Luca A, et al., for the AdCoNA Study Group. Virologic correlates of adherence to antiretroviral medications and therapeutic failure. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31 Suppl 3:S118-S122.



**nadir**

[www.nadironlus.org](http://www.nadironlus.org)

Data di pubblicazione marzo 2011

Ringraziamo Bristol-Myers Squibb e Gilead Sciences per il supporto a questa iniziativa

Associazione Nadir Onlus  
Via Panama n. 88 - 00198 Roma  
C.F.: 96361480583 - P.IVA: 07478531002  
[redazione@nadironlus.org](mailto:redazione@nadironlus.org)

Progetto grafico: Simona Reniè  
Supervisione: David Osorio

Stampa: Tipografia Messere Giordana - Via Enrico Bondi, 154/a - Roma