

OGGI

L'allungamento della vita delle persone con HIV (PWH) mostra oggi le conseguenze di un retrovirus che si è legato all'essere umano poco più di 40 anni fa che la ricerca è riuscita a bloccarne la replicazione, ma non a evitare i danni prodotti dalla sua presenza nel tempo.

Il sistema sanitario ha collaborato alla sopravvivenza delle persone con HIV dai tempi delle cure improvvisate, delle morti scontate, dell'ansia di quelli anni in cui eravamo tutti disarmati di fronte al nemico fino al disegno di un percorso di salute efficace mirato non solo alla sopravvivenza ma al diritto di avere una buona qualità di vita.

Ricerca e sanità erano alleate in uno sforzo condiviso che permetteva l'applicazione degli avanzamenti della scienza al mondo reale. Senza la collaborazione a pari passo dell'una e dell'altra, oggi non saremmo qui.

Oggi siamo qui, sempre più lontani, sempre più esclusi dalle strategie di cui riceviamo l'informazione in una realtà che ne impedisce l'applicazione. L'ansia vissuta nel passato di fronte al buio di una malattia sconosciuta torna oggi di fronte ad un sistema sanitario in crisi, incapace di soddisfare la necessità di assistenza multidisciplinare che richiede una patologia caratterizzata proprio dalla molteplicità di complicanze che può provocare, oggi più gravi, più complesse e di più difficile gestione a causa dell'invecchiamento. Tanto il virus come l'ospite hanno raggiunto un'età considerevole, ma beneficiare di un approccio sanitario multidisciplinare è ancora impossibile.

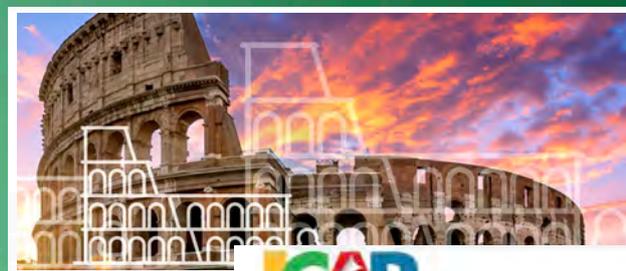
L'assistenza psicologica, riconosciuta fondamentale per il benessere fisico, soprattutto nel caso dell'HIV e le ripercussioni sulla sfera emozionale, è assente nella realtà. Laddove è offerta, si conferma una improvvisata commedia che pretende gestire la salute mentale imponendo mesi di attesa per l'incontro con lo specialista, brevi visite che si limitano a prescrizioni farmacologiche in attesa di una terapia psicologica che non avviene mai. Sono condizioni inaccettabili per chi soffre proprio a causa di complicanze che gravano sulla cura della propria salute, sia a livello di prevenzione che di terapia.

Oggi, il virus dell'HIV ci obbliga a iniziative di contrasto all'inerzia istituzionale, da cui emerge la maggior parte degli *unmet needs* della community.



GERIATRIC HIV CONFERENCE

pag. 5



ICAR

pag. 8



HIV neuro psychiatry

pag. 16

2 IL MINISTRO SCHILLACI RISPONDE AL SENATO

3 COMUNICATO STAMPA

5 3rd GERIATRIC HIV CONFERENCE

8 ICAR 2024

12 INCONTRARE LE PERSONE PER EVITARE IL CONTAGIO

13 HIV E TUMORI

14 OTTIMIZZAZIONE DELLA ARV A LUNGO TERMINE

16 17th SYMPOSIUM NEUROPSYCHIATRY & HIV

19 RIDEFINIRE LE STRATEGIE

20 SFIDA ALLA SOSTENIBILITÀ DEL SSN

IL MINISTRO DELLA SALUTE RISPONDE AL SENATO

In relazione all'aumento delle presentazioni tardive e alla diminuzione dell'accesso al test, lo scorso dicembre 2023, il Senatore Potenti, in una interrogazione a risposta scritta, ha chiesto al Ministro della Salute, se non ritenesse opportuno prendere misure per l'emersione del sommerso.

La risposta del Ministro Schillaci, il 26 febbraio, scritta e pubblicata negli atti del Senato, ha obbligato il CTS, chiamato in causa, a prenderne le distanze con una richiesta di riceverci per chiarimenti, anche in considerazione del fatto che la stessa Direzione Generale della Prevenzione del Ministero ci ha informato di non essere stata consultata.

Fino al 29 giugno, il Ministro non ha risposto alla nostra richiesta, lasciando aperta la possibilità di interpretazioni. Dato che la nomina al CTS è ufficializzata da Decreto con compiti consultivi tematici, in modo autonomo, NADIR ETS ritiene utile che se ne conosca la risposta pubblicata negli Atti del Senato.

Nel testo, il Ministro afferma che, grazie al PNAIDS, il Paese ha raggiunto i tre 90 previsti dall'ONU prima del 2020 e che lo stato fornisce la PrEP gratuitamente da fine aprile 2023.

Purtroppo, il PNAIDS scritto dal CTS doveva coprire gli anni 2017-2020. Non è mai entrato in vigore in quanto le regioni non sono state finanziate per la sua applicazione e ad oggi, la profilassi farmacologica (PrEP) è conosciuta e distribuita a macchia di leopardo perché deliberata con varie imprecisioni e raccomandazioni che hanno costretto ad una rettifica lo scorso settembre, rettifica che ha generato un testo ancora in contraddizione con le raccomandazioni CTS e quelle dell'OMS e del Parlamento Europeo.

Inoltre, il Ministro cita il protocollo di consenso U equals U tralasciando di scrivere che né il Ministero né le regioni hanno mai promosso una verità, avallata dalla scienza e dall'evidenza.

Verità ritenuta importante al momento di rispondere all'interrogazione del Senatore Potenti, ma non tanto da promuoverne il messaggio o includerlo tra le priorità ministeriali.

È quindi questo il valore che il ministero attribuisce a U = U?

Tornando alla risposta al Senato, si legge: "è necessario anche l'uso della profilassi primaria, ossia, del preservativo", raccomandazione che, ovviamente, non è contemplata nel protocollo e spiega il silenzio istituzionale.

Se ne sono dovuti occupare le organizzazioni dei cittadini e di pazienti e la società scientifica di riferimento (SIMIT) che, pur avendo un ruolo chiave, come espresso dal Ministro stesso, non si sostituiscono ai doveri istituzionali.

Riguardo l'alto tasso di presentazioni tardive cita anche la proposta di legge D'Attis, in corso di esame presso la Commissione XII, Camera dei Deputati.

Ma, se il Ministro la trova una misura interessante per il controllo dell'epidemia da HIV, perché non ne sollecita la discussione in Aula, dato che è ferma da anni?

E, pur essendo di interesse del Ministero della Salute armonizzare l'Italia agli altri Paesi dell'Europa, diminuire il tasso di presentazioni tardive ed ottenere l'applicazione di una norma che lui stesso giudica positivamente, anche per un semplice criterio di sostenibilità, mancano le azioni determinanti.

A questo proposito, vista la lentezza e il silenzio intorno alla PdL, il nostro ETS ha scritto un Comunicato Stampa che in pochi giorni è stato sottoscritto da Organizzazioni di cittadini che si occupano di HIV e malattie infettive, SIMIT e operatori sociosanitari del settore. Molti organi di stampa specializzata ne hanno fatto menzione o lo hanno riportato per intero. Ma la Commissione Affari Sociali, cui è stato inviato, non risponde.

Di seguito il testo della domanda del Senatore Potenti:

"...il 58% delle diagnosi in Italia ... enorme numero di casi "sommersi" nell'area livornese, ossia di persone che non sanno di essere sieropositive...si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno e utile porre in essere delle iniziative per il contrasto e la prevenzione del problema dei casi "sommersi" ossia delle persone che vivono senza sapere di aver contratto l'HIV o l'AIDS, affinché attraverso opportuni esami possano diagnosticare precocemente la malattia e, dunque, prevenirne le conseguenze".

Fonte: SENATO DELLA REPUBBLICA (4-00889) (risp. SCHILLACI, Ministro della Salute).

A pagina 796 vi è la risposta del Ministro Schillaci. Senato della Repubblica – 796 – XIX Legislatura.

435775

Documento PDF · 65 KB

<https://www.senato.it/service/PDF/PDFServerDF/435775.pdf>

COMUNICATO STAMPA

[Roma, 25 giugno 2024] – Gli Enti del Terzo Settore, la Società Scientifica di Medici di Malattie Infettive e Tropicali SIMIT, i clinici e gli operatori socio-sanitari che operano per l'HIV, la sua prevenzione, la terapia, l'assistenza, chiedono al Parlamento italiano della XIX Legislatura di licenziare la proposta di legge A.C. 218 "Interventi per la prevenzione e la lotta contro il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), il papilloma virus umano (HPV) e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale". Già approvata dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati durante la XVIII legislatura come "PdL Trasversale", è ferma da un anno presso la XII Commissione: riteniamo sia urgente definirne la discussione in Aula.

La ricerca ha cambiato la storia naturale del virus e la nuova legge si rende indispensabile per introdurre nuove misure di contrasto all'epidemia, valorizzare quanto fatto dalle Organizzazioni di cittadini, allineare l'Italia alle raccomandazioni delle Organizzazioni Internazionali.

L'approvazione della proposta di legge A.C. 218 è il primo passo per:

- **Promuovere la prevenzione con** l'accesso alla PrEP rimborsato in seguito alla determina AIFA 2023;
- **Educare** i cittadini ai programmi di prevenzione;
- **Aumentare** il numero di persone che si sottopongono ai test e incrementare la non trasmissibilità;
- **Migliorare l'accesso e l'assistenza** alle persone che le necessitano, rafforzare i servizi territoriali, con la definizione del ruolo di supporto degli ETS;
- **Contrastare lo stigma con** campagne di sensibilizzazione contro la discriminazione e emarginazione delle persone con HIV;
- **Potenziare la governance** con l'Istituzione di una sezione operativa di supporto per integrare le raccomandazioni dell'organo centrale CTS con le amministrazioni regionali, per attuare piani equitativi di prevenzione (anche vaccinale), diagnosi, accesso alle terapie dell'HIV;
- **Promuovere la partecipazione** dei cittadini all'applicazione dei criteri di prevenzione;
- **Coinvolgere** i ministeri dell'Educazione e delle Pari Opportunità a promuovere corsi di educazione affettiva e sessuale;
- **Allineare** l'Italia agli obiettivi di SDG ONU per il 2030 e dell'OMS.

Abrogare la ormai obsoleta legge 135 del 1990 è necessario dato che non contempla aspetti innovativi all'epoca inesistenti che si traducono in:

- **Aumento delle diagnosi** di HIV, soprattutto tra giovani e over 50, spesso in stato di malattia grave.
- **Difficoltà alla** diffusione dell'informazione e della rimborsabilità della profilassi farmacologica come strumento di prevenzione.
- **Difficoltà di promozione** del concetto di non rilevabilità del virus nel sangue che determina la non trasmissibilità quando la terapia antiretrovirale è efficace.
- **Disparità di accesso** alle cure e ai servizi di supporto nelle regioni.
- **Stigma e discriminazione** come logica conseguenza dell'assenza di piani sanitari e programmi educativi che gravano sulle persone con HIV e sulla popolazione generale che non si sottopone al test.

Lista aggiornata al 29 giugno 2024 delle Persone Fisiche e Giuridiche che hanno sottoscritto il Comunicato Stampa

Filippo von Schlösser, **Presidente Nadir ETS, membro CTS Sez M**; filippo@nadironlus.org; www.nadironlus.org;

Dott. Roberto Parrella, **in qualità di Presidente SIMIT**;

Prof. Massimo Andreoni, **Direttore Scientifico SIMIT**;

Prof. Cristina Mussini, **Vice-Presidente SIMIT**;

Dott. Andrea Antinori, **Direttore del Dipartimento Clinico INMI L. Spallanzani**;

Nicoletta Frattini **ASA ODV**;

Maria Stagnitta, **CAT Coop. Sociale**;

Daniele Calzavara, **Milano CheckPoint ETS**;

Massimo Barra, **Fondazione Villa Maraini (C.R.I.)**;

Prof. Antonella Castagna, **Direttore Fondazione Vita San Raffaele, Milano**;

Sandro Mattioli, **Plus Nazionale Aps**;

Filippo Leserri, **Plus Roma APS**;

Stefano Patrucco, **Arcobaleno AIDS ODV**;

Marco Stizioli, **PrEP in Italia, associazione di fatto**;

Paolo Meli, **Bergamo Fast Track City**;

Valeria Calvino, **ANLAIDS ETS**;

Mazen Masoud MIT, **Movimento per l'Identità Trans APS**;

Giusi Giupponi, **LILA onlus**;

Dott. Prof. Emanuela Vaccher **CRO Pordenone**;

Letonde Hermine Gbedo, **Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute ODV**;

Dott. Luigi Ambroso, **FedEMO ETS**;

Piero Stettini, **Psicoterapeuta FISS e membro CTS**;

Dott. Luca Botini, **Presidente ANLAIDS ETS**

Luca Saracini, **Ancona Check Point**;

Paolo Meli, **Coordinamento Italiano Case Alloggio per persone HIV ETS**;

Prof. Giuseppe Nicolò Cugno, già **DG IRCCS Oncologico Basilicata**;

Alberto Arrighini, **Essere Bambino ODV**;

Margherita Errico, **NPS APS**;

Ada Moznich, **I Ragazzi della Panchina APS**;

A. Boschini, **Comunità San Patrignano**;

Tullio Prestileo, **ANLAIDS Sicilia**;

Massimo Cernuschi, **ASA ODV e HSR, Milano**;

Elio Pittiglio, **Comunità Sant'EGidio**;

Prof. Chiara Simonelli, **Università La Sapienza, Roma**.

I firmatari sono membri o rappresentanti di Enti del Terzo Settore, i medici sono membri di SIMIT, entrambi sono membri dell'Organo Collegiale Consultivo del Ministero della Salute Commissione Tecnico Sanitaria (Sez. L e M). DPR n.86 del 2006, DL 248 2006 e successivi DM del Ministro della Salute.

GERIATRIC HIV CONFERENCE

Si è tenuto a Torino il terzo Convegno di Geriatria e HIV. Ciascuna edizione è caratterizzata dal focus su diversi bisogni attualmente senza risposta e quest'anno il tema è stato la gestione clinica delle persone ultrasessantenni con HIV (PWH)

Si è parlato di polifarmacoterapia: prescribing, deprescribing, interazioni farmacologiche e riconciliazione farmacologica; disfunzionalità neurocognitive, fragilità e prevenzione, patient reported outcomes (PROs), immunosenescenza e strategie vaccinali, salute sessuale, comorbidità e loro prevenzione: complicazioni metaboliche, osteoporosi ed eventi cardiovascolari.

Il Progetto Anzianità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) potrebbe porre l'Italia all'avanguardia. Ma per ora solo sulla carta.

Qualche punto fermo

In primo luogo, è opportuno sottolineare la differenza tra età cronologica ed età biologica: generalmente le PWH "invecchiano" più precocemente rispetto alla popolazione generale e l'età biologica appare maggiore di quella cronologica. È necessario, quindi, un approccio differenziato per genere: nella donna la pratica clinica riscontra maggiore difficoltà di rilevazione tra le fragilità e i bisogni, ma la definizione non cambia: la fragilità è definita per tutti come "sindrome medica con cause e fattori multipli, caratterizzata da una diminuzione di forza e resistenza, e da una ridotta funzionalità fisiologica che aumenta la vulnerabilità e la dipendenza dell'individuo, fino alla morte. (Frailty Consensus su JAMDA).

Tra i fattori di rischio di progressione verso la fragilità ci sono quelli sociodemografici, clinici, biologici e gli stili di vita. Ma non tutte le persone affette da multi morbidità possono essere definite "fragili".

Un modello di valutazione

L' Assessment con modello 4 M fornisce spunti utili per la pianificazione delle cure: cosa è importante? Il trattamento (Medication), gli aspetti neurocognitivi (Mentation), la mobilità (Mobility).

Si rileva a tale proposito che sono frequenti le confusioni nella patogenesi e nella sintomatologia che porta facilmente a prescrizioni improprie, superflue e assunte dal paziente oltre i tempi dovuti. Soprattutto nella fase di invecchiamento, non devono essere le

le patologie ma la persona a guidare, o per lo meno a concordare, sulla necessità di cura.

Vaccini

I vaccini hanno un grande impatto sulla longevità. Fattori genetici, epigenetici, stili di vita e infezioni regolano le risposte immunitarie. L'età è un fattore di gravità di malattia.

Il declino di immunità predispone a multimorbidità, ecco perché la vaccinazione si può considerare prevenzione di fragilità; i dati indicano che le persone vaccinate hanno rischio ridotto di demenza senile. Servono formulazioni vaccinali ad hoc per le persone anziane, che hanno una risposta immunitaria diversa dai giovani.

È importante seguire le raccomandazioni di vaccinazione per età e per patologia. Hanno priorità i vaccini per virus respiratori ed Herpes Zoster. Vanno tenuti in considerazione i blip viremici post vaccinali (la dr.ssa Nozza presenterà uno studio in merito a ICAR 2024) e lo stress vaccinale (come sottolineato dal prof. Guaraldi).

Il dr Focà rassicura che la stimolazione antigenica non è un problema, e non ci sono controindicazioni a somministrazione multipla di vaccini, se non il rischio di noduli e infiammazione del sito di iniezione, anzi, più vaccini insieme aumentano la risposta immunologica generale.

Tuttavia, aumentando la vaccinazione per i ceppi virali più patogeni, si rischia il rinforzo di altri ceppi. Ci sono limitazioni per le PWH con CD4 bassi solo per alcuni vaccini a virus attenuato.

Demenza e delirium

Ogni anno nel mondo si registrano 10 milioni di diagnosi di Demenza. Le donne sono il genere più colpito dalla patologia e più coinvolto. Si osserva un aumento di prevalenza, ma una minore incidenza, a fronte di un'età media globale in aumento, forse perché migliorando la qualità della vita, a lungo termine le condizioni socio ambientali possono influire sulla manifestazione di malattie cardiovascolari. Le PWH hanno un rischio di demenza e di delirium maggiore di quello della popolazione generale.

Assodata la relazione tra Demenza e Delirium, entrambi dovuti ad una neuroinfiammazione.



Le PWH cominciano a diventare fragili circa 10 anni prima della popolazione generale, e questo comporta un anticipo di trattamenti farmacologici multipli (polipharmacy), che causano tossicità cumulativa, causa di infiammazione.

Cause ed effetti del danno cerebrale

Il danno cerebrale associato ad HIV (HIV Associated Brain Injury, HABI), se diagnosticato tardivamente, rischia di causare maggiore infiammazione e danno neurologico; l'alterazione vascolare dei vasi cerebrali sembra una componente importante. Infezioni, magari latenti e asintomatiche, possono aumentare il rischio di Demenza di Alzheimer.

Ogni tipo di alterazione cognitiva peggiora la qualità della vita e l'aderenza ai trattamenti. La valutazione si attua con test neurocognitivi, risonanza magnetica, marcatori sierologici e nel liquor, così si stima anche l'età cerebrale.

Nelle PLWH si nota un piccolo ma rilevante declino delle funzioni cognitive, che può avere conseguenze sull'aderenza al trattamento antiretrovirale.

La prevenzione del danno neurocognitivo è legata anche alla nutrizione, alla prevenzione delle patologie cardiovascolari e all'attività fisica. La riabilitazione cognitiva produce un miglioramento di attenzione, concentrazione, risposte motorie.

I disturbi del sonno

Sono spesso sottovalutati anche se sappiamo che vi sono classi di farmaci che, a causa della risposta individuale, gravano sulla qualità del sonno. Il fattore sonno è importante per l'equilibrio psicologico e le prestazioni abituali durante la giornata. Fattore anche importante per l'aderenza alla terapia. Il medico va allertato per prendere le misure necessarie.

I tre pilastri

Attività fisica, attività cognitiva e socialità sono i tre pilastri della presa in carico delle persone anziane; per le persone over 75 anni è opportuna la prevenzione del decadimento cognitivo (non farmacologico) e che un percorso assistito possa aiutare a stimolare quelle abitudini di vita che hanno un effetto antiinfiammatorio. A parità di danno, la performance cognitiva dipende dalla riserva cognitiva da potenziare (ed è supportata da scolarità, lavoro stimolante, attività nel tempo libero).

È importante la diagnosi di fragilità asintomatica, anche per la prevenzione di ulteriori esiti peggiorativi; il ruolo del Medico di Medicina Generale è fondamentale (per il deprescribing e le eccessive prescrizioni) e in questo

processo, vanno coinvolti anche i farmacisti (per rafforzare i criteri di aderenza e interazioni tra farmaci).

Un quarto pilastro: la comunicazione

Nelle Linee Guida EACS nel 2023 sono stati introdotti i Patient Reported Outcomes (PROs): utili sia nella clinica sia nella ricerca, utili per prendere decisioni di trattamento e fare diagnosi. Il loro utilizzo va implementato a livello individuale, istituzionale e sociale. Servono a stimolare il dialogo tra medico e paziente e ad aumentare il coinvolgimento attivo del paziente, nonché la sua consapevolezza.

Sottolineato quanto stigma e discriminazione subiscano ancora le PWH anche in ambiente sanitario, gli studi riferiscono che risultano svantaggiate le donne e le persone con patologie croniche che vivono con HIV anche da molto tempo e l'effetto sulla sensibilità individuale può confermare la manifestazione di multi-fragilità. Per loro e per tutt* va conquistato il diritto ad invecchiare meglio.

Monitorare le necessità farmacologiche

La farmacogenetica per conoscere il metabolismo dei farmaci, nel tempo si manifesta come elemento fondamentale nel monitoraggio degli effetti avversi. Il risultato dell'applicazione di criteri di farmacogenetica sarà utile alla revisione periodica dei trattamenti, attraverso le indicazioni delle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla prevenzione di eventi avversi e risultati clinici inattesi.

Immunosenescenza precoce

Sappiamo il rapporto CD4/CD8 correla con attivazione/senescenza/esaurimento del sistema immunitario. Eventi non AIDS (cardiovascolari, tumori, insufficienza renale ad esempio) sono più frequenti quando questo rapporto è basso. Gli inibitori dell'integrasi (INSTI), in particolare, migliorano il rapporto. L'EACS nel 2023 suggerisce di considerare il rapporto tra CD4 e CD8 come predittivo di outcomes.

Le situazioni prioritarie sono quelle con CD4 inferiori a 500 e la ratio inferiore a 0.5: in questi casi è fondamentale la prevenzione oncologica, cardiovascolare e di eventi AIDS. La pitavastatina, ad esempio, riduce il rischio cardiovascolare e lo stato infiammatorio generale.

Anche la dimensione del timo è importante, in quanto sede di produzione di CD4 e CD8 da cellule naïve. L'interleuchina stimola timo e midollo a produrre CD4 e CD8. Più antigeni ci sono nel sangue, maggiori sono l'immunoattivazione e l'immunosenescenza, e di conseguenza aumenta il rischio di outcomes negativi.

Salute sessuale

È poco indagata dai geriatri, ma anche in generale. Interessanti i contributi in merito alle Giornate di Nadir di marzo 2023. Sifilide, Clamydia, Gonorrea le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) più diffuse. In generale sono sottovalutati gli screening per IST nelle persone over 65 anni. Sì, anche loro chiedono la PrEP. La neuro sifilide aumenta il rischio di cadute negli anziani. Vanno implementati anche gli screening per HPV soprattutto per MSM, trans, donne e uomini eterosessuali che vivono con HIV. I dati indicano che la vaccinazione per HPV non esime dai controlli regolari e non è utile negli uomini anziani.

Calo di **testosterone e ipogonadismo funzionale** sono fisiologici con l'avanzare dell'età, e correlano con HIV in circa il 26% degli uomini. Facendo riferimento solo al testosterone totale si rischia di sottostimare l'ipogonadismo, quindi va accertato il testosterone libero.

(<https://www.issam.ch/freetesto.html>)

In generale l'ipogonadismo organico è irreversibile, mentre per quello funzionale va modulata una terapia ormonale sostitutiva sul caso particolare ed i suoi bisogni specifici. Tutte le Linee Guida concordano sull'inopportunità di terapia ormonale se sono presenti malattie sistemiche, modificare gli stili di vita (obesità, ad esempio) potrebbe essere sufficiente.

Il deficit di testosterone può comportare complicanze su osso, muscolo, umore; d'altra parte l'autosomministrazione e/o l'abuso di terapia ormonale comportano rischi cardiovascolari.

Ottimale un'équipe multidisciplinare composta da infettivo log*, geriatra, endocrinolog*, sessuolog*, androlog*... Anche per le disfunzioni sessuali si dimostrano importanti i PROs.

Osteoporosi

È poco valutata negli uomini che vivono con HIV, anche se hanno lo stesso rischio delle donne. Misurare calcio e fosforo con prelievo ematico può dare l'idea del quadro, la DEXA misura la densità ossea, la radiografia è più specifica.

Attenzione anche alla sarcopenia. Calcio carbonato e vitamina D riducono il rischio di fratture. Il Tenofovir impatta l'osso, switch consigliabile se possibile.

Infiammazione e immunoalterazione aumentano il rischio di eventi e patologie cardiovascolari nelle PLWH, anche giovani.

Lo studio **REPRIEVE** dimostra l'utilità delle statine per chi è a rischio basso o moderato (LDL inferiore a 100 mg = rischio moderato). Il 49% delle PLWH è idoneo alla prescrizione di statine, ma solo il 10% le assume.

Il rischio di eventi e patologie cardiovascolari nelle donne che vivono con HIV è simile a quello degli uomini.

Obesità: fattore stigmatizzante

Spesso fattore di stigmatizzazione anche nel rapporto medico-paziente, non è dovuta solo a comportamenti alimentari, ma anche a fattori endocrini e/o psichiatrici; non è conseguenza di un semplice comportamento ma può essere una patologia.

Oltre ai quattro "pilastri" sopra citati, è possibile intervenire con la revisione dei concetti nutrizionali e con farmaci oggi disponibili.

Molto vivace la **tavola rotonda finale sugli approfondimenti da mettere a punto per la coorte GEPP0, di PLWH over 65 anni**, studiata dal prof. Guaraldi, infettivologo, e dalla dr.ssa Mussi, geriatra.

Grande attenzione a qualità della vita, salute organica e mentale. Focus sulla necessità di presa in carico multidisciplinare: infettivo log*, (psico)geriatra, MMG, cardiolog*, nutrizionista, farmacista, (neuro)psicolog*, sessuolog*, psichiatra, assistente sociale...

Le PLWH "invecchiano" prima rispetto alla popolazione generale, l'età biologica non corrisponde a quella anagrafica, ma si può assottigliare la differenza con opportune strategie preventive: screening oncologici, attività fisica, nutrizione corretta, vaccini, revisione delle terapie farmacologiche.

Nel 2024 la terapia contro l'HIV non è più solo antiretrovirale, va considerata la prescrizione di statine, vaccini, terapie ormonali sostitutive, ad esempio, e la deprescrizione di farmaci inopportuni; la prevenzione passa per uno stato infiammatorio generale controllato.

Il Sistema Sanitario deve essere paziente centrico. I percorsi di cura devono essere guidati dalla persona, non dalle patologie.





ROMA
19-21
GIUGNO

Italian Conference on AIDS
and Antiviral Research

Si è svolta a Roma presso l'Università del Sacro Cuore, la sedicesima edizione della Conferenza il cui tema centrale è stato la prevenzione, in particolare quella per l'HIV.

Come negli anni precedenti, l'evento è iniziato con i corsi di formazione per i giovani medici su aspetti innovativi della virologia, dell'immunologia, della gestione e del nuovo tema, ancora mai affrontato in HIV, dell'invecchiamento.

SESSIONE DI APERTURA

Prospettiva scientifica

Eccellente relazione di introduzione del **Dr. Andrea Antinori** (INMI L. Spallanzani) che riafferma gli elementi che costituiscono il fondamento della soppressione duratura del virus nel corpo. A sua volta, l'assunzione di schemi ottimali permette la ricostituzione e la conservazione del sistema immunitario con la conseguente riduzione dei contagi.

La soppressione massima, la velocità di risposta alla terapia, la tollerabilità e, con l'impegno dell'ospite, l'aderenza alla prescrizione, sono i fattori che prevengono la selezione di mutazioni farmaco-resistenti, preservando o migliorando il numero di cellule dei linfociti T CD4. Ma tra gli obiettivi primari vi è quello di ottenere sostanziali benefici clinici dalla riduzione dell'infiammazione e dell'attivazione immunitaria, già riscontrabili nel rapporto CD4-CD8.

Sono questi fattori che contribuiscono alla comparsa di malattie cardiovascolari, alla penetrazione dell'HIV nel sistema nervoso centrale e altri danni d'organo riportati in ampie coorti di persone con HIV. Malgrado ancora l'eradicazione dell'infezione da HIV non possa essere raggiunta con gli antiretrovirali disponibili, l'interruzione del trattamento è stata associata alla ricomparsa della viremia e all'aumento di morbilità e mortalità. Anche le linee guida internazionali concordano con questi concetti basilari della terapia per l'HIV che può confermarsi come infezione che tende a cronicizzare.

Prospettiva sociale

Il responsabile del **Milano Check Point**, **Daniele Calzavara**, ha descritto l'aspetto antropologico che si è vissuto nei decenni partendo dagli anni '70 con la rivoluzione del sesso libero,

per sviluppare nel seguente decennio il dramma della perdita, della sofferenza e della stigmatizzazione dei gay che negli anni '80 stavano spargendo un velo di morte sull'umanità. Dall'amore, dal sesso libero, il pensiero conservatore proclama l'astinenza e la monogamia della famiglia, mentre dai margini della società i corpi malati, emarginati affermano la queerness: la diversità nell'approccio mentale.

Con l'arrivo negli anni '90 della terapia di combinazione, si poteva, forse, non morire. Nascono le grandi differenze tra il mondo capitalista e il resto. E il binomio HIV=MORTE non crolla e rimane il trauma generazionale acritico. Quindi, meglio non parlare di sesso, non pensarci, non insegnarne gli aspetti affettivi, anche se nel 2012 cambia la prospettiva verso il futuro: l'FDA approva la profilassi pre-esposizione.

Ma questo cambio di prospettiva pone di fronte alla scelta che implica l'autodeterminazione della salute sessuale. Troppi diventano gli aspetti culturali da rivedere. Solo dopo cinque anni, arriva la prima approvazione della PrEP in Italia, ma è ospedale-centrica, paternalistica, ove non se ne spiega il ruolo sociale. Ma si parla di pupazzi o di esseri umani?

Troppi restano indietro, non hanno accesso all'informazione e ancora meno al sistema salute. Ancora oggi, l'uso della PrEP resta dominio dei paesi ricchi. Preoccupano le derive verso una maggiore povertà, più conflitti e di nuovo pensiamo alla rinnovata solitudine, al trauma della morte in un supermercato di solitudini.

Profilassi pre-esposizione

A questo proposito riportiamo due studi sugli aspetti primari che oggi interessano e preoccupano la comunità in quanto confermano la disparità di accesso tra le regioni italiane e rispetto ai paesi europei che sono al passo con l'applicazione degli strumenti di prevenzione non vaccinali. Il primo analizza la profilassi anti HIV e il secondo per quella contro le infezioni batteriche a trasmissione sessuale.

Un'elevata copertura della PrEP tra le persone a rischio sostanziale di HIV è essenziale per porre fine all'AIDS entro il 2030 in quanto minaccia per la Salute Pubblica.

L'OMS incoraggia i paesi a demedicalizzare e semplificare la PrEP e ad attuare approcci differenziati nell'erogazione dei servizi.

Malgrado le evidenze dell'efficacia, in Italia, molte regioni ancora non ne permettono l'accesso.

La rimborsabilità nell'ambito del sistema sanitario è stata approvata nel 2023 con le indicazioni per la prescrivibilità. È stata condotta un'analisi per valutare l'inclusione delle raccomandazioni OMS alla PrEP nel nostro paese.

Il risultato ha mostrato che alcune raccomandazioni OMS sono escluse dalla determina pubblicata sulla G.U. a maggio 2023, poi parzialmente corretta lo scorso settembre:

1. Per accedere alla PrEP è richiesta la divulgazione di dati personali sul comportamento sessuale e
2. Sull'uso di droghe
3. Aver ricevuto una profilassi post-esposizione
4. Poter garantire che si usa in modo costante il preservativo
5. È rimborsata dal SSN se prescritta dall'infettivologo e distribuita dal centro clinico
6. La consegna basata sulla comunità non è prevista
7. Raccomanda di interrompere la PrEP 4 settimane dopo l'ultima possibile esposizione, anziché 7 giorni dopo come raccomandato dall'oms
8. L'infettivologo può prescriverla solo se la persona che la chiede ha avuto diagnosi di IST nell'ultimo mese
9. È prescrivibile solo se il richiedente ha già avuto rapporti a rischio
10. È necessario garantirne l'aderenza.

Somministrazione On demand

Due compresse a stomaco pieno da 2 a 24 ore prima dei rapporti sessuali, seguite da una terza compressa 24 ore dopo la prima assunzione e una quarta compressa 24 ore dopo. In caso di più rapporti in giorni consecutivi o con pause inferiori ai tre giorni, una compressa/die fino all'ultimo rapporto seguita dalle due dosi post-esposizione (1 cp 24h e 48h dopo l'ultimo rapporto). La dose totale settimanale "on demand" non deve eccedere 7 cp/settimana.

Viceversa, **le linee guida OMS 2022 e EACS 2023 riportano una posologia ben diversa:**

"TDF/FTC 300*/200 mg 1 tablet qd. In both men women PrEP should be taken for 7 days before the first exposure and stopped 7 days after the last exposure.

For men only, PrEP may be dosed "On demand" (double dose of TDF/ FTC 2-24 hours before each sexual intercourse, followed by two single doses of TDF/FTC, 24 and 48 hours after the first drug intake; no data for TAF/FTC so far). There are no efficacy data with on demand PrEP with TDF/FTC in women."

La PrEP daily, quindi, funziona per chiunque e si assume per 7 giorni.

Conclusioni

I risultati evidenziano una serie di ostacoli all'accesso alla PrEP in Italia. La consegna è ancora medicalizzata ai soli centri per l'HIV, rendendola indesiderabile per alcuni membri delle popolazioni difficili da raggiungere e dei gruppi emarginati e svantaggiati. È preoccupante che le donne cisgender e le persone transgender, non siano menzionate.

L'integrazione della fase di preparazione alla PrEP basata sulla comunità e sulla condivisione delle attività con i peer della comunità ne aumenterebbe l'accessibilità, l'accettabilità e il rapporto costo-efficacia.

L'attuale modello di consegna deve essere riformato seguendo le linee OMS per rendere la PrEP accessibile a tutti coloro che possono trarne beneficio e per incrementare la copertura ad un livello che la renderà efficace a livello di popolazione.

P. Vinti¹, E. Caruso¹, V. Calvino², L. Cosmaro³, M. Farinella⁴, N. Frattini⁵, G. Giupponi⁶, F. Leserri⁷, S. Mattioli⁸, P. Meli⁹, A. Moznich¹⁰, Stefano Patrucco¹¹, I. Pennini¹², F. Schlösser¹³, M. Stizoli¹⁴, D. Calzavara¹

1Milano Check Point ETS, Milano, Italy; 2ANLAIDS Nazionale ETS, Roma, Italy; 3Fondazione LILA Milano ETS, Milano, Italy; 4CCO Mario Mieli APS, Roma, Italy; 5ASA ODV, Milano, Italy; 6LILA Nazionale ONLUS, Como, Italy; 7Plus Roma APS, Roma,

Italy; 8Plus APS, Bologna, Italy; 9CICA ETS, Milano, Italy; 10NPS Italia APS, Milano, Italy; 11Arcobaleno AIDS ODV, Torino, Italy; 12 Arcigay APS, Bologna, Italy; 13Nadir ETS, Roma, Italy; 14PrEP in Italia, Brescia, Italy



Profilassi batteriologica

Il prossimo studio non è stato accettato da ICAR in quanto gli strumenti che propone sono ancora oggetto di studio e non sono approvati dalle autorità italiane. Malgrado ciò, ci teniamo a riportarlo in quanto è "community based" e il tema sarà a breve materia di approfondimenti e potrebbe diventare uno strumento per la diminuzione dei casi di contagio di IST:

DoxyPEP is already used in two community-based centers in Bologna and Rome. An explorative survey

A marzo 2024, **Plus** e **Plus Roma** hanno condotto un sondaggio tra gli utenti del "Sex Check", un protocollo che segue GBMSM ad alto rischio di IST, per valutare la loro conoscenza e l'uso di **DoxyPEP**. Sono stati distribuiti elettronicamente 395 sondaggi, con 168 risposte, tra cui 32 persone convivevano con l'HIV, 126 erano in profilassi pre-esposizione (PrEP) e 10 non erano né in PrEP né convivevano con l'HIV.

DoxyPEP, una profilassi post-esposizione che comprende 200 mg di doxiciclina somministrata fino a 72 ore dopo un rapporto sessuale senza preservativo, ha dimostrato efficacia nel ridurre l'incidenza di infezioni batteriche sessualmente trasmissibili (IST).

Tre studi clinici randomizzati - **ANRS Ipergay**, **ANRS Doxyvac** e **DoxyPEP** - hanno mostrato una riduzione di oltre due terzi di clamidia e sifilide tra gay, bisessuali e altri uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (GBMSM) e donne transgender.

Nonostante il suo potenziale, la resistenza antimicrobica (AMR) rimane una preoccupazione. Attualmente, sia SIMIT che le organizzazioni per l'HIV devono ancora fornire dichiarazioni di posizione formali in merito all'accettazione della DoxyPEP.

Risultati

Tra i 168 intervistati, 88 (52%) individui conoscevano DoxyPEP. Di questi, 23 (14%) hanno riferito di aver utilizzato DoxyPEP tra il 2023 e il 2024: 15 persone lo hanno utilizzato meno di 5 volte, 4 più di 10 volte, 4 solo una volta.

In particolare, 17 di questi individui hanno utilizzato DoxyPEP in seguito a incontri sessuali di gruppo. 14 individui hanno acquisito DoxyPEP tramite reti personali o disponibilità a domicilio e 9 tramite prescrizioni mediche formali.

Solo 23 (14%) individui non userebbero mai DoxyPEP e 51 (30%) hanno riferito di non averne mai avuto la possibilità. È interessante notare che 35 (21%) intervistati, che in precedenza non ne erano a conoscenza, hanno espresso interesse nell'utilizzarla dopo aver ricevuto informazioni tramite il sondaggio, mentre 36 (21%) hanno indicato la necessità di ulteriori informazioni.

Per quanto riguarda l'AMR, 68 hanno espresso convinzioni sul suo potenziale di esacerbare la resistenza agli antibiotici (39%), 40 non erano d'accordo (24%), 61 erano incerti (37%).

Conclusioni

Sebbene il sondaggio sia limitato a due contesti basati sulla comunità, più della metà dei partecipanti al sondaggio GBMSM ha dichiarato di avere una conoscenza pregressa di DoxyPEP e alcuni degli intervistati usano già DoxyPEP. Una parte significativa lo ha ottenuto al di fuori del sistema medico formale, affrontando un'elevata possibilità di un uso scorretto. Solo una piccola parte ha dichiarato che non avrebbe mai assunto DoxyPEP, indicando un potenziale per un'adozione più ampia in futuro.

Data la mancanza di ricerche in corso sull'AMR in questo contesto, è fondamentale comprendere la posizione di SIMIT attraverso una dichiarazione chiara, che guidi efficacemente la ricerca e gli interventi futuri, utile allo stesso tempo per le associazioni di settore e lo sviluppo di campagne comunitarie.

M. Stizioli 1, M. Barracchia 2, S. Mattioli 2, L. Del Negro 1, F. Leserri 1,
1 Plus Roma, 2 Plus Nazionale Bologna

Verso il futuro

Sono stati trattati molti altri i temi di rilevanza di questo periodo, guardando al futuro del sistema Salute. Prendono sempre più forma gli aspetti neuropsichiatrici e quelli metabolici che accompagnano le persone con HIV nel lungo periodo e quindi nell'invecchiamento. In prima posizione vi sono i nuovi criteri per le scelte di terapia, i problemi di infiammazione che meritano particolare attenzione del clinico e della persona che deve comunicare sempre più con il medico per permettergli di personalizzare la terapia allo stile di vita, all'età e alle altre patologie di scenario. Con l'arrivo delle nuove combinazioni, più efficaci e meno tossiche, appaiono dopo oltre 30 anni di storia terapeutica nuove evidenze che si collegano all'invecchiamento.

Un corso pre-congressuale

La scienza sta sviluppando nuovi criteri per dare un'identità alla particolare fase dell'invecchiamento in presenza di HIV. In assenza di linee guida italiane per la terapia, fonte di riferimento sono le linee guida europee emanate da EACS lo scorso novembre 2023:

"...Additionally, future research should aim to provide guidelines addressing geriatric syndromes specifically

PrEP UNIVERSALE - BASTA BARRIERE

in PWH and enroll older PWH across a representative spectrum of function and cognition in clinical trials. Understanding that PWH experience advanced aging, guidelines should shift away from chronological age criteria towards physiologic age criteria using baseline function, cognition, or frailty measures. Moreover, future studies need to determine which tools accurately reflect physiologic age in PWH, ideally finding quick, simple tools that can predict multiple outcomes of interest (such as the VACS index, a single calculator that can predict function, frailty, and mortality). In the meantime, clinicians may use baseline attributes, time to benefit, and the Geriatrics 5M model to inform existing guidelines to improve outcomes and patient satisfaction among older PWH.”

Il testo specifica anche quali siano i parametri predittivi e di riferimento cui deve guardare l'infettivologo per migliorare gli outcomes delle "PLWH". Raccomanda, inoltre, di evitare un criterio cronologico delle età, ma usare criteri fisiologici che si basino sulle funzioni cognitive e sulle misurazioni delle fragilità.

<https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0.pdf>

Uno sguardo alle capacità del Sistema

Il futuro della Sanità si dovrà concentrare su due concetti di base: la sostenibilità del sistema che deve chiedere la massima partecipazione del cittadino al progetto Salute di cui tutti vogliamo far parte e la partecipazione della medicina del territorio che dovrà rispondere sempre di più alle richieste multidisciplinari del cittadino che affronta le nuove sfide dell'invecchiamento.

E' urgente definire le necessità di formazione multidisciplinare dei medici che vede con l'allungamento dell'aspettativa di vita, anche la maggior esposizione alle co-patologie e alle multifragilità tipiche dell'invecchiamento e, soprattutto in presenza di HIV, infezione che comporta tipicamente regole specifiche che manifestazioni anticipate irrispetto alla popolazione generale.

Vaccinazioni

A tante persone dà fastidio, ma è proprio questa la risposta del cittadino alleato al Sistema per far fronte alle sfide future. Nella sessione condotta dal **Prof. Andreoni** è emerso il percorso a senso unico delle vaccinazioni per molte delle persone immuno-compromesse, ovvero maggiormente esposte alle fragilità, in un Paese che trascurava le misure di prevenzione.

PrEP UNIVERSALE - BASTA BARRIERE

Durante la sessione di apertura, le Organizzazioni HIV hanno accolto la comunità scientifica reclamando la mancata adozione delle misure equitative all'accesso rimborsato alla Profilassi pre-esposizione nel Paese. Dall'approvazione del testo che il CTS ha inviato all'AIFA, agenzia competente per l'entrata in vigore del Decreto e l'invio alla Conferenza Stato Regioni, sono passati 18 mesi nei quali la PrEP è concessa a macchia di leopardo e con criteri deformati rispetto a quelli originali. Le restrizioni ne rendono più difficile l'accesso e contribuiscono alla diffusione dell'HIV e all'emarginazione delle PLWH.

Un grande silenzio voluto dalla visione dei politici italiani, più attenti ai risultati immediati che al benessere dei cittadini nel lungo periodo, malgrado il concetto della sostenibilità del sistema sia prioritario.

I vantaggi sia in termini di contenimento dei costi che in termini di efficientamento del sistema salute sono molto chiari e nel tempo contribuiranno a diminuire costi dovuti alla diagnostica, ai ricoveri e alla polifarmacia. Anche quelli legati alla sfera emozionale e, dal punto di vista umano, a quelli delle vittime a causa delle "morti prevedibili".

I vaccini per pneumococco, meningite, herpes zoster, epatiti, influenza, varicella, Covid-19 sono già offerti dal SSN a titolo gratuito, ma in modo irregolare, a tutte le persone con problemi di fragilità. In termini organizzativi dovrà essere il Ministero della Salute a organizzare una banca nazionale delle vaccinazioni per delegare le regioni all'operatività delle somministrazioni.

Dovranno essere modalità semplici, nella propria sede territoriale e senza le corse da una ASL all'altra, per sentirsi dire "ne siamo sprovvisti".

Grande l'impegno della ricerca anche per nuovi vaccini già in sviluppo. In un futuro non lontano, saranno disponibili quelli per la gonorrea, TBC, sifilide, alcuni tumori e altre patologie.

La popolazione generale è ancora poco vaccinata e, di conseguenza, anche le persone che devono far fronte ad una patologia principale come l'HIV, devono avere la possibilità di un accesso equitativo.

INCONTRARE LE PERSONE PER ELIMINARE IL CONTAGIO

Senza entrare nel merito dell'esclusione a ICAR, il lavoro di Villa Maraini, indirizzato alle persone che fanno uso di sostanze, merita attenzione e riconoscimento in quanto coniuga le raccomandazioni UNAIDS con il valore aggiunto che comporta la riduzione del danno sul territorio, l'identificazione del sommerso riguardo HIV e HCV e la facilitazione dell'accesso alla terapia.

Sfondo

UNAIDS ha sviluppato una strategia globale sull'HIV volta a porre fine alla trasmissione dell'HIV entro il 2030. Attualmente, solo il secondo obiettivo dei tre obiettivi 95/95/95 è stato raggiunto, mentre si stima che oltre la metà delle persone con HIV non sia ancora stata diagnosticata e il 36% di quelle diagnosticate non sia ancora in trattamento.

La Fondazione Villa Maraini, Agenzia Nazionale per le Tossicodipendenze della Croce Rossa Italiana, dal 1976 si occupa di cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche, e dispone di un'Unità di Malattie Infettive che effettua lo screening dell'HIV/HCV e supporta le persone positive attraverso attività di informazione e screening sia in loco che attraverso attività di sensibilizzazione.

L'uso di sostanze iniettabili e non iniettabili rimane un fattore di rischio cruciale per l'epatite C e l'HIV, nonché per altre malattie infettive, come le infezioni sessualmente trasmissibili.

La Fondazione Villa Maraini attua da decenni interventi di riduzione del danno, come la fornitura di aghi sterili e materiali per la preparazione delle sostanze (15.638 siringhe sterili distribuite nel 2023). Facilita l'accesso alle cure per le persone tossicodipendenti, superando le barriere dovute alla stigmatizzazione e all'isolamento sociale, anche grazie a un'unità mobile in grado di raggiungere gli hotspot della città (oltre 29.000 persone contattate nel 2023).

Questo lavoro rivolto alla popolazione tossicodipendente, insieme a eventi di informazione e screening per la popolazione generale, mira a identificare i casi nascosti riguardanti le nuove diagnosi di HIV e HCV e implementare il collegamento alle cure, raggiungendo le persone con comportamenti ad alto rischio e intercettando quelle che non si sottopongono volontariamente ai test.

Risultati

Nel 2023, 852 persone sono state sottoposte a test rapidi per l'HIV e l'HCV. Un questionario anonimo è stato somministrato a tutti in concomitanza con una consulenza mirata sui comportamenti a rischio. Sono stati identificati sei nuovi pazienti sieropositivi (prevalenza 0,7%), di cui 5 consumatori di sostanze; e 55 nuovi pazienti HCV-positivi (prevalenza 6%), 44 dei quali erano consumatori di sostanze.

Tutti i pazienti positivi sono stati messi in contatto con un centro clinico per il test di conferma e l'inizio del trattamento. Le persone risultate positive all'HIV e all'HCV sono state accompagnate in un centro di riferimento per il test di conferma. Tutti i positivi hanno iniziato trattamenti specifici e sono stati supportati con attività di advocacy.

Conclusioni

Il lavoro della Fondazione Villa Maraini, volto a intercettare le popolazioni vulnerabili e garantire loro l'accesso alle cure, ben si inserisce all'interno della strategia globale sviluppata da UNAIDS sull'HIV, in quanto raggiunge tutti coloro che non sono nel sistema di cura, costituendo la popolazione nascosta che ostacola il raggiungimento della soppressione dell'infezione. L'elevato numero di persone contattate e testate, insieme all'elevato numero di casi positivi identificati e di individui avviati al trattamento, dimostra l'utilità e il grande valore del lavoro svolto sul percorso tracciato per il 2030.

**HIV/Infectious Diseases Unit & Street Unit,
Villa Maraini Foundation, Italian Red Cross,
Rome**

*Sammarco P, Masci D, Di Giovanni T, Rodoquino G,
Impecora F, Sista R, Rossi E, Barra M.*



Croce Rossa Italiana

FOCUS SU TUMORI E HIV QUALI STRUMENTI?

Durante le prossime Giornate di Nadir, il 17 e 18 ottobre 2024, per la prima volta dedicheremo una sessione intera agli aspetti della diagnostica HIV che può indicare la necessità di particolare attenzione per la prevenzione di tumori. La sessione sarà guidata dalla Prof. Emanuela Vaccher, del Centro Ricerche Oncologiche di Aviano.

I numeri

Il test dell'Hiv viene raramente eseguito sui pazienti oncologici (dall'11% al 40%) e su quelli che effettuano il test, la prevalenza dei positivi è doppia rispetto a quella della popolazione generale. Il cancro si attesta come una delle principali cause di mortalità nei pazienti con Hiv, che hanno minori opportunità di cura in termini di terapie e di risposta alle stesse rispetto agli altri pazienti.

Dallo studio...

Sono stati interrogati i soci di tre società scientifiche (Aiom, Simit, Sita). 185 professionisti hanno risposto. Il 54% esercita la propria professione al Nord e il 30% al Sud. Il 70% sono dirigenti medici che lavorano in ospedale.

Il 12% degli oncologi riferisce di non aver mai curato una persona con HIV. Inoltre, il 66% di oncologi e infettivologi percepisce una maggiore preoccupazione nel trattare questa tipologia di paziente.

Per il 22% dei professionisti la mancata presenza di entrambe le specialità nel medesimo ospedale rende più complessa l'interazione, con conseguente difficoltà per gli oncologi nel trattare con terapie immunosoppressive il paziente oncologico, senza l'assistenza di un infettivologo.

... nasce il cambiamento

La maggior parte dei partecipanti alla survey (90%) concorda sulla necessità di elaborare raccomandazioni nazionali volte a supportare lo specialista nella gestione e nell'ottimizzazione del trattamento del paziente oncologico con HIV, anche in considerazione dell'eterogeneità delle caratteristiche dei tumori che vedono una costante proposta di nuovi schemi terapeutici.

Dalla survey emerge una scarsa disponibilità a rispondere al questionario da parte degli oncologi, che può essere interpretata come scarsa consapevolezza dell'entità del fenomeno.

Ciononostante, coloro che hanno risposto, hanno manifestato una preoccupazione riguardo il trattamento dei pazienti oncologici con Hiv. Infine, emerge la disomogeneità nei metodi di collaborazione con gli infettivologi nei vari centri anche per l'assenza di una delle due specializzazioni nel medesimo centro ospedaliero.

L'urgenza di cultura multidisciplinare

Sulla base delle risultanze della survey, si è creato un gruppo di lavoro formato da oncologi, infettivologi e rappresentanti delle associazioni di pazienti che si è impegnato a redigere delle raccomandazioni nazionali che rendano equo l'accesso alle cure oncologiche per i pazienti HIV su tutto il territorio nazionale.

SIMIT e AIOM hanno iniziato di recente a creare un collegamento per individuare criticità, raccomandazioni e protocolli per la creazione di linee guida specifiche e per la conseguente inclusione e presa in carico delle persone affette da co-patologia.

A tale proposito, **il 4 ottobre avrà luogo all'auditorium del Ministero della Salute in via Ribotta, Roma, la prima sessione di formazione interdisciplinare sui temi di oncologia in presenza di HIV, promossa dal CTS.** La sessione sarà a porte aperte e l'unico limite è la capienza della sala.

Linee Guida

AIOM, l'associazione dei medici oncologici, è particolarmente attenta a mantenere costantemente aggiornate le linee guida di terapia di ognuno dei tumori che il medico deve affrontare, dal punto di vista diagnostico, chirurgico, radio e chemioterapico e psicologico.

Particolare attenzione e dettaglio è dato all'approccio comunicativo e di informazione al paziente oncologico, alla fase di accettazione della chemioterapia e alla alta prevalenza di ansia e depressione che ne consegue. Sono elencate anche le metodiche di studio della regressione di questi fattori emotivi che possono essere invalidanti e alla valutazione del possibile successivo momento di reinserimento sociale.

OTTIMIZZAZIONE DELLA TERAPIA A LUNGO TERMINE

Di recente, Nadir ha iniziato una campagna per sensibilizzare le PLWH sul ruolo dell'Ottimizzazione della terapia antiretrovirale a lungo termine con l'intervista al Prof. Andrea Calcagno, dell'Università di Torino, per affrontare i concetti di base della ARV che permettono coniugare la personalizzazione e l'ottimizzazione a lungo termine.

Successivamente, abbiamo intervistato la Prof. Annamaria Cattelan, che ci ha spiegato quali sono i criteri che guidano la scelta e la personalizzazione della terapia nella pratica clinica.

Perché ottimizzare?

Il successo a lungo termine della terapia antiretrovirale richiede l'uso di regimi efficaci, tollerabili per un periodo il più lungo possibile e che non cambino le abitudini della mia quotidianità, ma che permettano un facile ed efficace adattamento a chi ne deve fare uso.

Quindi la terapia ottimale per me, è quella che mi permette di fermare la replicazione del virus, mantenendo le stesse abitudini che ho coltivato fino a ieri e confermando nel tempo le scelte della terapia che il mio medico ha pensato per e con me, al momento di personalizzare il regime.

Obiettivi e scelte

Il percorso di scelta a questo punto può prendere due strade diverse. Quella per la persona che non ha mai assunto farmaci per tutta la vita, quando il medico ancora non ne conosce le capacità di aderenza e quale sia la risposta individuale in termini di efficacia e in termini di adattamento, obiettivi per il ritorno alla qualità della vita dopo il trauma della notizia di positività.

La caratteristica principale che deve soddisfare questa prima terapia è l'abbassamento della carica virale in tempi brevi e il recupero dell'integrità del mio sistema immunitario, senza dover cambiare nulla della mia vita. Anzi, è proprio questo il momento di recuperare il tempo perduto e che mi ha rubato il trauma psicologico, quel senso di frustrazione, di emarginazione e di colpa che viviamo per la presenza del virus.

Giova, quindi, anche al successo della mia scelta di curarmi, riprendere in mano la vita e pensare che con la terapia scelta, bloccherò l'HIV in poche settimane e

molto a lungo. Gli studi clinici affermano che si vive una qualità della vita pari a quella delle persone che non hanno avuto contatto con il virus.

Percorso olistico

Ma il concetto fondamentale è quello di avere un atteggiamento "olistico" che mi permetta di essere tranquillo con me stesso/a, svolgere le mie attività e funzioni, limitarmi, come chiunque, negli eccessi, dormire a sufficienza, includere quell'attività fisica che comporta il rafforzamento del corpo e influisce sull'umore. L'atteggiamento olistico è quello che, includendo la terapia ottimale e personalizzata per me, mi permetterà di valutare la mia qualità della vita che comprende i 4 domini principali: salute, attitudine psicologica e sociale, funzionalità del corpo e della mente.

Da oggi si cambia

Per la persona che, per una ragione o l'altra, si trova a cambiare combinazione di farmaci, dopo vari fattori che emergono nel colloquio con il medico, ragioni cliniche, di effetti collaterali o di eventi imprevisti, saranno prese maggiori precauzioni per non bruciare invano opzioni di terapia. Sarà utile che il medico conosca ancora meglio le mie abitudini, i miei errori nell'assunzione di precedenti terapie, possibili resistenze che si sono create, intolleranze che mi hanno costretto a cambiare lo schema precedente.

La resistenza

Il medico, quindi, farà attenzione a non esporre il paziente al rischio di selezionare delle resistenze, ossia in qualche modo che un singolo farmaco al quale sono resistente non sia più efficace e crei resistenza di classe.

Si introduce così il concetto di preservare le opzioni future quindi impedire che la selezione di una resistenza in qualche modo ci obblighi a diminuire i farmaci che abbiamo a disposizione.

Sono molto importanti le concentrazioni che raggiunge il farmaco e la capacità di selezionare resistenze dipende molto dal livello di esposizione del farmaco stesso: più siamo vicini al limite in cui il virus ce la fa a replicare e più in qualche modo facilitiamo la selezione delle resistenze" (A.Calcagno).

La forgiveness

È possibile che nel tempo io possa dimenticare di assumere la terapia, o di sbagliare alla grande gli orari

o di non essere in condizioni di prenderla per vari motivi. È opportuno sapere che vi sono terapie più permissive, Qui nasce la parola “forgiveness”, di permissività, cioè quanto un regime ci consente degli errori, delle piccole dimenticanze nel non selezionare resistenze” (Prof. A. Calcagno).

Le scelte e gli anni

L'età e i differenti stili di vita favoriscono la comparsa di altre patologie o di complicanze fisiologiche, così come 'la vita e il trascorrere del tempo' comportano cambiamenti nelle abitudini e nelle situazioni,

L'ottimizzazione della terapia è una strategia necessaria per gestire la salute della persona con HIV che affronta questi cambiamenti tenendo in conto la centralità della qualità della vita.

La disponibilità di diverse molecole con potenza e tossicità differenti ha permesso di disegnare percorsi terapeutici personalizzati, possono includere schemi con farmaci di classi sperimentate di recente, con potenza molto maggiore alle classi di una decina anni fa.

E qui nascono scelte che non sono valide per tutti allo stesso modo, ma, da un punto di vista dell'efficacia esigono attenzione alcune problematiche da tener presente.

Con il passare degli anni, infatti, si è esposti a cambiamenti fisiologici che comporta l'invecchiamento. La diagnostica può scoprire qualche patologia che necessita altre terapie. Quanto maggiore è l'attenzione all'HIV con terapie altamente efficaci, tanto minori saranno le preoccupazioni dovute a co-patologie che espongono all'uso di farmaci in aggiunta alla terapia per l'HIV.

Aiutiamo il medico a aiutarci

Ogni switch deve essere ponderato in termini di eventi avversi e di possibili fallimenti virologici, di interruzione di trattamento e della storia clinica e terapeutica. Dovrebbe essere valutato anche il profilo psico comportamentale e sociale della persona.

Aiutare il medico a considerare questi aspetti aiuterà anche a diminuire il grado di ansia della persona che deve affrontare una terapia a lungo termine. Ad alcuni possono sembrare di secondaria importanza, invece devono essere considerati parte essenziale delle nostre richieste e del nostro rapporto con chi ci cura.

Ottimizzazione e semplificazione concetti in contrasto?

Il **Prof. Bonora** (Amedeo di Savoia, Torino) suggerisce particolare attenzione agli aspetti che possono rendere più conveniente le terapie con forgiveness invece della duplice, soprattutto nel caso della persona naïve con danno immunologico quando non se ne conosce la capacità di aderenza a lungo termine e la risposta individuale.

Anche il Dr. **Nicola Gianotti** (HSR, Milano), a Giornate di Nadir 2023, ha espresso le proprie riflessioni e cautele sull'approccio allo switch in caso di fallimento alla duplice, con un occhio alla forgiveness per future alternative terapeutiche in caso di ulteriore fallimento.

L'ottimizzazione risponde anche a diverse motivazioni di contesto

Dopo l'esperienza che il mondo ha vissuto con il lockdown, è necessario considerare variabili sconosciute che si aggiungono a quelle note e tipiche dell'HIV che richiede una particolare attenzione, soprattutto per gli aspetti clinici.

Le Organizzazioni europee e mondiali non escludono che il pianeta, già afflitto da problemi di povertà, guerre, ineguaglianze, cambiamenti climatici, possa vivere in futuro nuove situazioni di crisi. L'Italia non ne è estranea.

Stiamo vivendo un periodo di crisi e forse di ristrutturazione dei servizi per la salute. In alcune regioni, non è in condizioni di rispondere alla sfida che deriva dalla domanda di salute. Quindi, per le persone più vulnerabili e esposte per ragioni di età, stile di vita, uso di sostanze o alcool, lavori più affaticanti o altri motivi, è opportuno assumere la terapia personalizzata e ottimizzata, con la precisione richiesta per un'infezione che può diventare grave se non curata adeguatamente.



<https://www.nadironlus.org/ottimizzazione-della-terapia-antiretrovirale-a-lungo-termine>



<https://www.nadironlus.org/ottimizzazione-della-terapia-antiretrovirale-a-lungo-termine-2-parte/>

17th International Symposium on Neuropsychiatry & HIV

Il convegno di Neuropsichiatria in presenza di HIV, che si è svolto a Barcellona, mostra l'importanza di avvicinare i due concetti e fornisce dati utili alla società mondiale sul tema che in Italia ancora coinvolge pochi clinici e ricercatori.

Come scritto in varie occasioni, le persone che vivono con HIV (PLWH), rispetto alla popolazione generale, sembra abbiano maggior prevalenza di depressione, (ab)uso di alcool e sostanze, fumo, deficit e sintomi neurocognitivi, post traumatici, di personalità e del sonno.

Patogenesi e ricerca

Alcuni di questi problemi sono dovuti al virus, altri ad alcuni farmaci antiretrovirali, al genere, ambiente e agli stili di vita. Oggi, infatti si dà una lettura multidimensionale al fenotipo, dal punto di vista bio-psico-sociale.

Il **prof. Scott Letendre** (Università di California, San Diego) sottolinea che il passaggio del virus dal flusso sanguigno al sistema nervoso centrale avviene nel tempo, cambia da persona a persona e si riscontra maggiormente in coloro che hanno presenza di virus > 37 copie per lunghi periodi perché non si sottopongono al test o non sono aderenti alla terapia. Anche la velocità con cui si negativizza la viremia è un fattore predittivo del passaggio dell'HIV nel liquor.

Sono molte le criticità e l'obiettivo è superare la barriera emato-encefalica per raggiungere il bersaglio rappresentato dalle cellule cerebrali che si infettano, stanare il virus ed evitare danni al sistema nervoso centrale.

L'escape virale neuro-sintomatico è, fortunatamente un fenomeno raro. Ma oggi ci troviamo di fronte a nuove situazioni che si sovrappongono: la durata della terapia, la durata della presenza del virus nel corpo, la presentazione tardiva al test quando il virus ha già fatto danni e il tempo che impiega la terapia a negativizzare la viremia plasmatica.

Criteri base nella gestione dell'HIV

Come già confermato dal **prof. Andrea Calcagno** (Università di Torino), elementi di rischio di patologia cerebrale sono la durata del virus nel corpo senza terapia (legata alla presentazione tardiva che rappresenta una percentuale altissima delle nuove diagnosi) e l'utilizzo di strategie terapeutiche sub-ottimali che avvicinano la PLWH al rischio di inefficacia (ovvero la terapia per un tempo non determinato diminuisce la pressione farmacologica permettendo la replicazione del virus) e lascia al virus la possibilità di penetrare la barriera emato-encefalica producendo i danni che si riscontrano a lungo termine.

Da qui, l'importanza dell'aderenza e del rispetto della terapia personalizzata attraverso il rapporto con il proprio medico.

Il **dr. Ignacio Perez-Valero** (Università Reina Sofia, Osp. di Cordoba, Spagna) ha sottolineato come tutte le terapie antiretrovirali (ART), tra cui gli INSTI, possono causare neurotossicità, e di conseguenza ansia, insonnia, irritabilità, che a loro volta possono causare un'interruzione delle terapie nel 2.5% dei casi, quando non sono dovuti a sintomi primari di un escape virale.

Se possibile, suggerisce il relatore, è opportuno cambiare farmaci prima. In ogni caso è difficile valutare se anche i blips di viremia possano influire nella malattia neurologica, in quanto, se sono davvero solo blips, non sono registrabili facilmente nel tempo. Al momento, l'esperienza clinica offre buone prospettive per l'inibitore capsidico.

Difficilmente ad una conferenza, si invitano clinici e pazienti ad esplorare e parlare di eventuali traumi sessuali, come ha fatto la **dr.ssa Schadé**, che suggerisce potrebbero essere correlati all'accettazione e all'aderenza alle terapie.

Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders

	Acquired Impairment in ≥ 2 Cognitive Abilities	Affects Daily Functioning	Onset After HIV	No Current Strongly Confounding Condition
Asymptomatic Neurocognitive Impairment (ANI)	✓	No	✓	✓
Mild Neurocognitive Disorder (MND)	✓	Mild	✓	✓
HIV-Associated Dementia (HAD)	Marked	Marked	✓	✓

Symptomatic HAND Antinori et al, Neurology 2007, 69: 1789-99

La dott.ssa Paola Cinque (Osp: San Raffaele, Milano), ha accennato alle attuali strategie di cura per i sintomi neurocognitivi dovuti alla persistenza nei reservoir virali: la ricerca si concentra oggi sugli effetti degli agenti che invertono la latenza, sulla terapia genica, anticorpi monoclonali in studio, approcci a base cellulare.

Drivers of disparities in ageing

Disparities of ageing driven by:

- Biology ("hallmarks of ageing")
- Lifestyle choices
- Environmental factors
- Socioeconomic status
- Access to healthcare, social support systems
- Inequities & inequalities



Cell 2023 Jan 19;186(2):243-278

Spesso gli eventi traumatici vengono trascurati dai curanti nella raccolta anamnestica, e taciuti da chi li ha subiti, restando segreti, mentre rappresentano un peso psicologico grave con le conseguenze che questo comporta.

Disturbi di Personalità

Il **dr Da Ponte** ha affrontato il tema spesso sottostimato nelle PLWH; in particolare il **Disturbo Borderline di Personalità**, caratterizzato da problemi di regolazione emotiva e sentimenti di angoscia, vuoto e abbandono, e in alcuni casi da tentativi anticonservativi.

Lo stress quotidiano, l'ansia e la depressione sono "contagiosi", passano dalle PLWH agli operatori sanitari e alla famiglia che condivide la quotidianità, ma sono necessari studi con campioni più consistenti per comprenderne l'associazione con l'HIV e la loro patogenesi.

Per entrare ancor più in dettaglio, ad esempio, non esistono dati circa le eventuali correlazioni tra Sindromi dello spettro autistico e HIV

Psicodinamica relazione paziente - medico

Esaminati gli aspetti di transfer della relazione, e la traumatizzazione secondaria del medico che "assorbe" i traumi dei pazienti, facendosene carico, è necessario anche il follow - up psicologico del medico che si deve distanziare emotivamente, a volte perfino dissociandosi dai pazienti, per la difesa del proprio equilibrio. Si tratta di dinamiche inconsce, di cui il medico deve diventare consapevole.

Alcol e HIV

Il **dr Jordi Blanch** (Psychiatry Unit Hospital U. Clinic, Barcelona, Spain) ha parlato di come molte delle PLWH usano alcool in quantità rischiose per la salute organica e per la corretta aderenza alla ART.

Purtroppo i dati di osservazione associano spesso l'(ab)uso di alcool con sostanze. A tale proposito, è stata descritta la malattia da steatosi epatica associata a disfunzione metabolica (MASLD) e la malattia epatica correlata all'alcool (ALD).

L'alcool può causare anche danni cardiovascolari e cancro. Dal punto di vista delle sindromi metaboliche, l'alcool ha un effetto diretto come il cibo: si consigliano progressive piccole riduzioni, con buon senso e realismo.

Dati di real life mostrano correlazione tra uso di alcool + sostanze e depressione, anche per vie neurofisiologiche. Alla richiesta di quanto alcool sia necessario per considerarlo un elemento tossico, la risposta del relatore è stata molto incisiva: nessuno ha mai fatto un test ove si analizza l'effetto di una goccia di alcool nel corpo per arrivare a dosaggi elevati e valutarne gli effetti, ma la multi tossicità della presenza di alcool è conosciuta e colpisce cuore, fegato, reni, SNC...

I partecipanti hanno espresso il desiderio di ottenere nel prossimo simposio anche la tabella di variabilità con i dati di interazione tra alcool e sostanze, in quanto i dati osservazionali riportano maggiori rischi dalla loro associazione.

Sonno e insulina

Il **dr von Schantz** (Northumbria University, Newcastle, Regno Unito) si è concentrato sui disturbi del sonno. Il periodo fisiologico circadiano medio per tutti è di 24.2 ore, la luce artificiale ha causato un posticipo generale dell'addormentamento.

Non ci sono differenze circa le fasi del sonno tra persone con o senza HIV. Ma le risposte organiche a glucosio e insulina sono modificate dallo sfasamento del ritmo circadiano, il che spiega anche il "jet lag sociale" e l'obesità diffusa, osservabile ad esempio dalla differenza di orari tra fine settimana e giorni infrasettimanali.

Implications for Health Service Delivery

Addressing depression contributes to better HIV care & management

GSP should be integrated in standard HIV Care Protocols & Chronic disease management

The importance of a supportive stigma free environment for PLWH

Mental health capacity building for all health workers is a must

The importance of income generation in the African context to create economically vibrant communities



Farmacodinamica e PROs per rilevare le differenze

Entro il 2050 le persone di oltre 60 anni d'età raddoppieranno, saranno il 22% della popolazione generale. Globalmente, il 30% delle persone è affetta da più patologie. Il dr Winston (St Mary's Hospital, London, Regno Unito) ha condiviso i 19 segni predittivi di invecchiamento.

Sappiamo che nelle PLWH l'età biologica differisce da quella cronologica, dato l'invecchiamento precoce. L'inizio precoce di ART sarà quindi il fattore cruciale per prevenire il deficit di performance cognitive in età avanzata.

La **dr.ssa Marzolini** (University Hospital, Basilea, Svizzera) ha sottolineato come i cambiamenti fisiologici prodotti dal passare degli anni possano esigere la modifica del dosaggio dei farmaci per le persone anziane.

E' importante, quindi, la periodica revisione delle terapie farmacologiche, la sospensione dell'assunzione di farmaci superflui, considerando l'approccio differenziato per genere.

Il **dr Prats** (Germans Trias Hospital, Barcelona, Spagna) ha dichiarato che circa il 46% delle persone over 60 anni non è autosufficiente a livello cerebrale. Potrebbe essere necessario combinare aspetti ristorativi e compensativi per la riabilitazione cognitiva delle PLWH (ad esempio se ne trovano di validi nel sito www.braintrain.com pur essendo utile, non è confermato da dati di real life dell'efficacia dei test che propone: ma potrebbero

essere raccolti con i PROs, superando le criticità come le barriere digitali e i costi (per l'individuo e per la ricerca).

Infiammazione e memoria

La **dr.ssa Bachiller** (Università di Siviglia, Spagna) ha raccolto ricerche su infiammazione e deficit cognitivi, in particolare sulla memoria. Non sono ancora chiari i meccanismi che la associano all'HIV, ma sappiamo che sono coinvolti i livelli di infiammazione sistemica e neurale e la combinazione dei due. Inoltre, bassi livelli di CD4 possono esserne la causa.

La funzionalità di ippocampo e timo, la presenza di vescicole extracellulari, e lo stato infiammatorio generale sono associati alla diminuzione della memoria. Ancora da individuare ulteriori biomarcatori e meccanismi a cascata. Vi saranno risposte da uno studio collaborativo internazionale tra ricercatori, che mettono a disposizione reciprocamente dati e tessuti da analizzare.

Conclusioni

I dati che siamo riusciti a ottenere dalla partecipazione al Simposio sono ancora un "work in progress", ma abbiamo avuto conferme che anche il sistema nervoso centrale è un organo cui prestare attenzione. Stile di vita, accesso al test e alle terapie personalizzate per l'HIV a lungo termine possono prevenire danni, ancora difficili da individuare e possono essere preesistenti per familiarità, ma accelerati dalla costante ricostituzione immunitaria.



n. 99 ESTATE 2024

Direttore responsabile
Filippo von Schlösser

Redazione
David Osorio
Filippo von Schlösser

COMITATO SCIENTIFICO

Dr. Ovidio Brignoli, Dr. Claudio Cricelli, Dr. Ovidio Brignoli, Dr. Claudio Cricelli, Sean Hosein (C), Francois Houyez (F), Martin Markovitz (USA), Stefano Vella, Cristina Mussini, Fabrizio Starace.

GRAFICA
GL DESIGN

SUPERVISIONE TESTI E GRAFICA
David Osorio

STAMPA
Toara S.r.l. - Roma

EDITORE
Associazione Nadir ETS
Via Panama, 88 - 00198 Roma
C.F.: 96361480583
P.Iva: 078531002

Le fotografie non sono soggette a royalties oppure sono pagate quando dovuto. La rivista Delta rientra tra le attività istituzionali di Nadir ETS.

Le opinioni espresse sono di esclusiva responsabilità degli autori e sono soggette all'approvazione del comitato scientifico.

È possibile abbonarsi gratuitamente a Delta tramite: www.nadironlus.org oppure scrivendo a: redazione@nadironlus.org

L'indirizzo è valido anche per altre richieste/segnalazioni di farmacovigilanza.

Iniziativa resa possibile grazie al supporto non condizionato di ViiV Healthcare



RIDEFINIRE LE STRATEGIE PER RAGGIUNGERE IL LIVELLO DI MERITO

Molte sfide ostacolano i progressi dell'Italia verso la prevenzione, il trattamento e l'assistenza delle persone con HIV per essere in linea con l'SDG ONU 2030. Si concentrano sulle tendenze nefaste alla diagnosi tardiva, su piani nazionali stagnanti e su quadri politici e strutturali obsoleti, delegati a Regioni che lamentano difficoltà nel reperimento di risorse per bloccare strategie contro l'HIV.

Il panorama italiano dell'HIV, che oggi colpisce almeno 170 mila persone che vivono nel Paese è unico tra i Paesi dell'Europa occidentale:

Gli ultimi dati epidemiologici mostrano alti tassi di diagnosi tardive: una percentuale significativa (oltre il 58%) di individui che nel 2022 aveva CD4 criticamente bassi e con progressione verso l'AIDS e, a volte, la morte. Il dato evidenzia la necessità di nuovi strumenti per l'accesso precoce al test, in particolare tra i maschi eterosessuali;

All'ISS è delegata la funzione di registrare anno per anno le nuove diagnosi, che non sono nuove infezioni, ma per lo più vecchie infezioni scoperte in ritardo, mentre il registro delle mortalità, che resta invariato negli anni, è delegato all'ISTAT, in modo da creare situazioni che sfuggono al controllo centralizzato. Nessuno sa quanti test si fanno nell'arco dell'anno a livello Paese, in modo da non dover ritoccare il bilancio preventivo della spesa sanitaria. Al buco di bilancio si penserà l'anno prossimo;

il Piano nazionale di interventi contro l'HIV e l'AIDS (PNAIDS) 2017-2020 ha rivelato una adozione regionale pari a zero, una mancanza di progressi verso iniziative cruciali come le campagne di comunicazione costanti e i percorsi di cura omogenei ed equi in tutte le regioni;

Non sono mai stati assegnati fondi per l'applicazione delle regole PNAIDS approvate dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni senza le necessarie coperture finanziarie per superare i livelli assistenziali previsti dal Piano (dicasteri Grillo, Speranza, Schillaci);

Dal 2017 nessuna linea guida per il trattamento è stata proposta e approvata dal Ministero della Salute nonostante i cambiamenti epocali nella terapia e nella domanda di salute siano sostanzialmente cambiati in Italia e in Europa. La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente esacerbato la risposta inadeguata.

La prevenzione gratuita per il cittadino, vaccinale e con la profilassi pre e post-esposizione, evocate, sperate, invocate, disegnate, decretate non sono ancora

applicate, malgrado siano pronte normative e procedure operative, mentre basterebbe copiare sistemi simili per ottenere un criterio base ed adattarlo alla realtà delle nostre Regioni, alcune virtuose, altre ai livelli più infimi dell'inefficienza.

L'assistenza al cittadino che invecchia in solitudine, povertà o isolamento e stigma non sono un problema per le istituzioni che si nutrono del pregiudizio, della contabilità meno laboriosa, ma lo sono per tutti quegli Enti del Terzo Settore che intendono supplire alle insufficienze di un sistema che non riesce a comprendere il valore della sostenibilità e dell'efficienza.

Manca qualcosa?

Ben diverse sono le raccomandazioni delle Organizzazioni Internazionali cui l'Italia dovrebbe adattarsi per arrivare ad essere almeno il fanalino di coda di una Regione del pianeta ove regna la furbizia e impera una cultura bigotta. Gli italiani non sono più inefficienti di altri, non producono meno, non sono meno onesti e non meritano un sistema da locomotiva a vapore che guarda al resto del mondo dal buco della serratura dell'Aventino.

L'Italia ha bisogno di un approccio globale per affrontare l'epidemia di HIV. La legge 135 sull'AIDS è datata 1990, mentre la Proposta di Legge A.C. 218 sugli "Interventi per la prevenzione e la lotta contro il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), il papilloma virus umano (HPV) e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale" scritta nel 2019 ed emendata nel 2021, resta in attesa di essere licenziata dalla Commissione Affari Sociali ove siedono "all honorable men as Brutus was..."

L'allocazione di risorse eque resta un fattore critico, più che altro sconosciuto, la mancanza di programmi di educazione affettiva e sessuale nelle scuole e presso gli ETS anche.

Dunque, il problema è seriamente POLITICO. Solo affrontando tutte queste sfide e dando priorità all'equità nell'accesso ai test, alla prevenzione e alle cure, l'Italia può affrontare il percorso verso un futuro in cui si applicano nuove misure e tutti sanno che cosa voglia dire la formula che ancora parlamentari, ministri, educatori, preti, burocrati, ignorano: U = U.

SFIDA ALLA SOSTENIBILITÀ

DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

“Di fronte alle molteplici crisi del mondo contemporaneo, i sistemi sanitari pubblici stanno andando incontro ad una difficilissima sfida per la loro sostenibilità”. È il titolo dell'articolo del prof. W. Ricciardi, ex Commissario ISS, Rappresentante Italiano all'OMS, Consigliere del Ministro della Salute, Commendatore, Professore di Igiene e Prevenzione (Panorama della Sanità, 28 maggio 2024) ove l'autore richiama l'attenzione sugli esempi di sistemi che hanno già reagito e sottolinea che in Italia manca una cultura della prevenzione, vista come investimento.

Il Prof. Ricciardi rileva come elemento chiave della sostenibilità dei servizi sanitari nazionali l'attuazione di una loro riforma strutturale basata su cinque aspetti fondamentali:

“l'incremento delle risorse finanziarie investite, il cambiamento degli stili di vita da parte della popolazione, l'aumento delle attività di prevenzione, la riorganizzazione dei servizi con una maggiore integrazione tra sociale e sanitario e tra ospedale e territorio e, infine, l'empowerment dei cittadini e degli operatori attraverso una efficace trasformazione digitale.”

L'elenco, frutto di riflessione approfondita da parte di chi ha svolto ruoli chiave nelle istituzioni competenti, ci fa capire quanto siamo lontani dalla possibilità di superare la crisi del nostro SSN.

L'incremento delle risorse finanziarie investite è proprio il contrario della politica economica che il governo ha deciso di applicare; *“il cambiamento degli stili di vita da parte della popolazione”* è una richiesta che implica un atteggiamento culturale di non immediata soluzione, delicata e in conflitto con il principio della libera scelta. È strettamente legato alla necessità, elencata di seguito, di aumentare le attività di prevenzione”, che supponiamo includa lo sviluppo di programmi e campagne mirati all'educazione del cittadino su temi ancora oggi affrontati a porte chiuse, sottovoce.

Gli ultimi due aspetti dell'elenco, “la riorganizzazione dei servizi con una maggiore integrazione tra sociale e sanitario e tra ospedale e territorio” e, infine, l'empowerment dei cittadini e degli operatori grazie all'uso di sistemi digitali fanno parte di quelle strategie che i politici tendono a sdegnare in quanto non comportano benefici immediati alla propria popolarità.

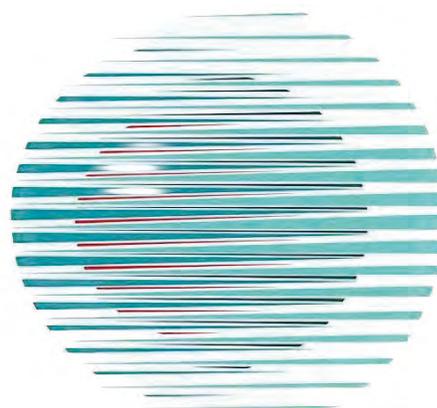
“La prevenzione, infatti, - dichiara Ricciardi- non piace a quei politici che guardano principalmente alle prossime elezioni, perché il suo risultato non è visibile, sono malattie evitate, “non eventi” dal punto di vista elettorale, ben diversi da ospedali inaugurati con foto di rito o da tecnologie diagnostiche e terapeutiche erogate a pazienti desiderosi di guarire.

Spesso, neanche la ormai sterminata letteratura scientifica sul fatto che ogni euro investito in prevenzione venga ripagato da enormi ritorni anche economici e sociali è servito negli ultimi anni a convincere i politici, soprattutto quelli responsabili delle finanze, ad aprire i cordoni della borsa”.

Osserviamo che il professore mette i cittadini in quinta posizione e ne cita il ruolo solo come fruitori di trasformazione digitale e non come co-protagonisti consapevoli di decidere e capaci di applicare strategie d'intervento in funzione dei risultati necessari alla sostenibilità, invece che all'andamento della carriera politica nella società che hanno scelto di tutelare.

La strada per avviarci verso una soluzione, verso la guarigione di un sistema cruciale che dovrebbe proteggere la salute non solo in termini individuali ma allineato agli obiettivi della salute globale è individuata nella *“necessità di una forte leadership, caratteristica oggi non frequente né a livello politico né a livello manageriale, in particolare per la prevenzione primaria, finalizzata ad evitare l'insorgenza di patologie, che spesso necessita anche di interventi estranei al settore sanitario, come in quello economico, educativo, agricolo, energetico, infrastrutturale”.*

Purtroppo, di queste riforme al momento in Italia non si vede traccia, mentre sono invece i Paesi con sistemi bismarckiani ad essere più attivi nel riorganizzarsi e nel rafforzare i servizi di prevenzione.



Le due iniziative più eclatanti e per certi versi di rilevanza storica, sia dal punto di vista formale che sostanziale, sono quelle di Francia e Germania, i leader dei modelli assicurativi e sociali in Europa.

La prima ha addirittura modificato la denominazione del Ministero, che da Salute e Solidarietà Sociale ha da poco assunto il nome di Ministero della Salute e della Prevenzione, mentre la seconda ha da poco varato la costituzione di un nuovo Istituto Federale per la Salute della Popolazione e l'Educazione con un budget di 4 miliardi di euro e l'assunzione di 5.000 unità di personale, sia a livello nazionale che regionale.

Sono atti di grande coraggio e leadership da parte dei due governi perché, tradizionalmente, la prevenzione è il settore più trascurato dalla politica sia per quanto riguarda le priorità che i finanziamenti".

Finisce così l'articolo del Prof. Ricciardi e risulta inevitabile rilevare che, dati i presupposti e la realtà del contesto, in Italia non si riesce a capire quali siano i concetti necessari al cambiamento sostanziale, anche se ripetuti più volte da OMS: partecipazione, condivisione sociale.

E siamo sempre più persi nel labirinto di proposte, approvazioni, leggi, decreti, tagli e annunci contraddittori che non offrono le soluzioni necessarie alla sostenibilità.

77ma Assemblea OMS

Mentre in Italia si dà priorità alla legge sull'autonomie differenziate regionali, alla settantasettesima Assemblea dell'OMS (maggio 2024) viene approvato il progetto di risoluzione che propongono alcuni paesi membri per affrontare le disuguaglianze sanitarie e l'erosione della fiducia nei sistemi sanitari.

Il 30 maggio, due giorni dopo la pubblicazione dell'articolo del prof. Ricciardi, lo stesso giornale (2), riporta un editoriale sull'Assemblea OMS ove leggiamo:

"Gli Stati membri hanno concordato una risoluzione sulla partecipazione sociale nella pianificazione e attuazione sanitaria nazionale, che apre la strada affinché le persone, le comunità e la società civile abbiano una voce più forte nell'influenzare le decisioni che riguardano la loro salute e il loro benessere.

La risoluzione mira all'annullamento delle disuguaglianze sanitarie e l'erosione della fiducia nei

sistemi sanitari, che sono cruciali di fronte alle sfide senza precedenti che il mondo si trova ad affrontare, come il cambiamento climatico, i conflitti, le minacce pandemiche..."

 <p>World Health Organization SEVENTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Agenda item 11.1</p>	<p>A77/A/CONF./3 28 May 2024</p>
<p>(OP)2. REQUESTS the Director-General:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) to advocate for the regular and sustained implementation of meaningful social participation, both within the health sector as well as across other sectors and multilateral organizations that affect health equity and well-being, as a means to accelerate equitable progress towards universal health coverage, health security and the health-related Sustainable Development Goals; (2) to develop technical guidance and operational tools for strengthening and sustaining social participation, including monitoring and evaluating implementation within countries, and provide training and technical support upon the request of Member States; (3) to document, publish and disseminate Member States' experiences in implementing meaningful social participation through different types of mechanisms, at different stages of the policy cycle, and at different levels of the system. (4) to facilitate regular sharing and exchange of Member States' experiences of social participation. (5) to harmonize technical support on social participation across WHO divisions and the three levels of the Organization; and (6) to report on progress in the implementation of this resolution to the Health Assembly in 2026, 2028 and 2030. 	

(1) Lord Beveridge era un deputato al Parlamento inglese che riuscì a stravolgere alcuni concetti che oggi sono per noi base indiscutibile del sistema sociale. Divenne celebre nel novembre del 1942 per il piano sull'obbligatorietà delle assicurazioni, sulla previdenza e sicurezza, sulla piena occupazione).

(2) PANORAMA DELLA SANITÀ – QUOTIDIANO ON- LINE D'INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE – Reg. del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988 – Direttore responsabile: Sandro Franco-Direttore editoriale: Mariapia Garavaglia – KOS Comunicazione e Servizi Srl – Via Massimo Bontempelli, 10 – 00144 Roma