

## L'EFFETTO FARFALLA

Se l'invasione dell'Ucraina è un evento scandaloso nello scenario del terzo millennio, riflette a pieno l'atteggiamento dello czar che lo scorso luglio aveva già dato segni di irrequietezza all'Assemblea delle Nazioni Unite.

Le infezioni da HIV in Ucraina sono circa 250 mila, valori molto più alti che nel resto d'Europa e la prevalenza più alta è quella dei circa 350.000 consumatori di droghe per via parenterale. Prima della guerra, le politiche dell'Ucraina sulla riduzione del danno consentivano a più di 17.000 cittadini di ricevere la cosiddetta terapia sostitutiva agli oppioidi.

Ma le scorte dei farmaci sono terminate e gli impianti di produzione di Kharkiv sono stati bombardati. Con l'invasione russa, il fabbisogno di tutti i farmaci in generale è aumentato, ma soprattutto delle terapie sostitutive in quanto l'accesso alle droghe di strada è diminuito.

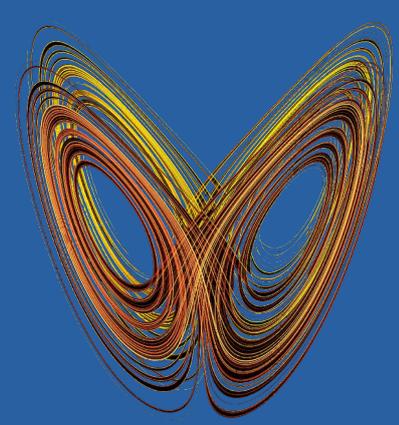
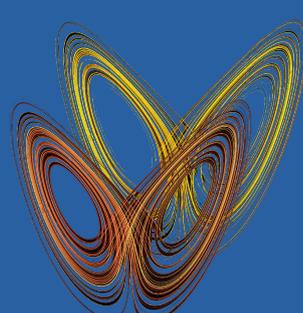
Se le forze russe avessero prevalso in poche ore, le persone che necessitano di terapia sostitutiva con oppioidi sarebbero morte dato che l'assunzione in Russia è illegale. L'OMS ci ricorda che 10 giorni dopo l'annessione della Crimea nel 2014, la Russia chiuse tutti i centri di consegna del metadone, provocando morti per overdose e suicidi. Invece sembra che le fabbriche di veleno per gli oppositori stiano lavorando a pieno.

Del resto, avvelenare gli avversari fa parte della tradizione, fin dalla morte di Rasputin nel 1916. La scorsa settimana un convoglio di 5 van che trasportava terapie per l'HIV è stato distrutto a cannonate vicino Kiev, lasciando circa 3000 persone senza terapie ARV.

Anche nel resto d'Europa ne pagheremo le conseguenze, che si aggiungeranno alla pandemia, con l'incontrollabile sviluppo di malattie come il colera, le epatiti, la TBC, la polmonite...

La Russia sta confermando con crudeltà la teoria sull'analogia del determinismo tra scienze fisiche e scienze sociali dimostrato da Majorana nel 1942 e descritto nel film "The Butterfly Effect", che si riassume nella frase "there is and there will be no change".

Filippo von Schlösser



# CONSIGLIO DI EUROPA: PROTEZIONE AI RIFUGIATI DALL'UCRAINA

*Dal 24 febbraio 2022, un gran numero di persone dall'Ucraina sta fuggendo dal paese a causa dell'aggressione russa, in quanto sono esposte a rischi ambientali (ad esempio, l'esposizione al freddo o alla disidratazione nel tragitto verso un valico di frontiera), affrontano l'interruzione dell'assistenza sanitaria (in particolare le cure croniche, come il trattamento del cancro, il diabete, o l'interruzione del trattamento per le malattie infettive, tra cui l'HIV e la tubercolosi), lo stress psicologico e problemi di salute mentale e possono essere esposti a nuove malattie infettive.*

Il 4 marzo 2022 il **Consiglio di Europa**, composto da 47 Paesi membri, ha adottato la decisione di introdurre la protezione temporanea per le persone che fuggono dall'Ucraina.

La **protezione temporanea** è un meccanismo di emergenza che può essere applicato in caso di afflusso massiccio di persone e mira a fornire una protezione immediata e collettiva (cioè senza la necessità di esaminare le domande individuali) agli sfollati che non sono in grado di tornare nel loro paese di origine (CELEX) e di godere di diritti armonizzati in tutta l'UE. Questi diritti includono la residenza, l'accesso al mercato del lavoro e all'alloggio, l'assistenza medica e l'accesso all'istruzione per i bambini.

Il **Centro Europeo per il Controllo e Prevenzione delle Malattie (ECDC)** ha l'incarico di fornire indicazioni sulla prevenzione e il controllo delle malattie infettive relative agli sfollati dall'Ucraina.

L'8 marzo 2022, l'**ECDC** ha pubblicato **Considerazioni operative di salute pubblica per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive nel contesto dell'aggressione della Russia all'Ucraina**". Anche se questo rapporto si concentra sulle malattie infettive, è importante notare che questi sono solo alcuni

Anche se questo rapporto si concentra sulle malattie infettive, è importante notare che questi sono solo alcuni dei rischi per la salute e il benessere degli sfollati, e che le misure descritte in questo documento dovrebbero essere parte di misure sanitarie più generalizzate, compresa la diagnosi e il trattamento delle malattie croniche e la salute mentale e psicosociale.

Con questo rapporto, l'ECDC cerca di sottolineare l'importanza della continuità delle vaccinazioni di routine, delle diagnosi precoci, della continuità del trattamento e delle cure per queste popolazioni.

## **SERVIZI DELLA COMUNITA'**

Le strutture sanitarie comunitarie devono essere consapevoli del fatto che un certo numero di sfollati potrebbe aver bisogno di accesso adeguato e di continuità delle cure per i loro problemi di salute cronici e/o malattie precedentemente diagnosticate come tubercolosi, HIV, epatite, ecc. L'interruzione di tali cure può avere gravi conseguenze impatto sulla salute pubblica in quanto i pazienti possono diventare resistenti al farmaco o possono ricadere e diventare nuovamente infettivi.

## **PROBLEMI COMPORTAMENTALI E COMUNICAZIONE DEL RISCHIO**

L'arrivo di sfollati in un paese comporta la responsabilità per le autorità del paese ospitante di fornire informazioni sanitarie a tutti i nuovi arrivati in modo che possano prevenire efficacemente le malattie e cercare cure, se necessario.

Tali attività di comunicazione del rischio dovrebbero seguire i principi standard di coerenza e chiarezza e tentare di riconoscere e chiarire eventuali incertezze che possono esistere. I messaggi dovrebbero anche essere diffusi, utilizzando portavoce di fiducia, attraverso canali facilmente accessibili alla popolazione target.

Altre questioni chiave da considerare includono il rafforzamento della fiducia e coinvolgimento della comunità: una popolazione che ha un alto grado di fiducia nelle autorità avrà maggiori probabilità di aderire a qualsiasi misura raccomandata (ad esempio per quanto riguarda la prevenzione e il controllo del COVID-19).

Le autorità dei paesi ospitanti possono quindi prendere in considerazione la possibilità di coordinarsi e sostenere le organizzazioni non governative che già lavorano o sono incorporate tra gli sfollati.

### EPIDEMIOLOGIA

Sappiamo che l'HIV rimane un problema di salute pubblica e una malattia trasmissibile prioritaria in Ucraina. Secondo il rapporto annuale di sorveglianza dell'HIV in Europa dell'ECDC/OMS del 2021, basato sui dati del 2020, l'Ucraina ha riportato 15658 nuove diagnosi di HIV. Nel 2020, il tasso di diagnosi di HIV per l'Ucraina era il secondo più alto nella regione europea dell'OMS: 37,5 per 100 000 abitanti rispetto al tasso dell'UE di 3,3 per 100 000 abitanti. Nel 2020, è stato stimato che 257.000 persone vivevano con l'HIV in Ucraina. Nel 2020, è stato stimato che 146.000 di coloro che vivono con l'HIV in Ucraina stavano ricevendo farmaci antiretrovirali (copertura del trattamento del 57%). La copertura del trattamento nell'UE è stimata all'82%

### L'AGENZIA EUROPEA E LA CARENZA DI FARMACI

Il regolamento che rafforza il ruolo dell'EMA nella preparazione alle crisi e nella gestione dei medicinali e dei dispositivi medici diventa applicabile a partire dallo scorso 1 marzo.

Mette alcune delle strutture e dei processi stabiliti dall'EMA durante la pandemia di COVID-19 su una base più permanente, mentre affidando numerosi nuovi compiti all'Agenzia.

L'EMA è ora responsabile del monitoraggio delle carenze di medicinali che potrebbero portare a una situazione di crisi, nonché della segnalazione di carenze di medicinali critici durante una crisi. L'Agenzia coordinerà inoltre le risposte dei paesi dell'UE/SEE alla carenza di dispositivi medici critici e di diagnostica in vitro in situazioni di crisi, dopo un periodo di transizione iniziale fino al 2 febbraio 2023.

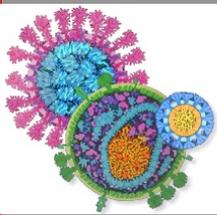
Nelle prossime settimane e mesi, l'EMA istituirà una serie di nuovi organismi e formalizzerà quelli esistenti per gestire i nuovi compiti.

Inoltre, al fine di garantire una risposta solida ai grandi eventi in relazione alla carenza, la legislazione istituisce un gruppo direttivo esecutivo sulla carenza e la sicurezza dei medicinali (noto anche come gruppo direttivo sulla carenza di medicinali, MSSG).

**L'Emergency Task Force (ETF)** dovrebbe iniziare a operare secondo le nuove regole da metà aprile.

#### Fonti ECDC:

- Migrant Health ECDC page: [www.ecdc.europa.eu/en/migrant-health](http://www.ecdc.europa.eu/en/migrant-health) (includes link to e-learning translated to 24 languages on law enforcement and migrant health)
- Infectious diseases of specific relevance to newly-arrived migrants in the EU/EEA: [www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infectious-diseases-specific-relevance-newly-arrived-migrants-ea](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infectious-diseases-specific-relevance-newly-arrived-migrants-ea)
- Migrant screening and vaccination guidance: [www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-issues-migrant-screening-and-vaccination-guidance](http://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-issues-migrant-screening-and-vaccination-guidance) (Dec 2018)
- Handbook on using the ECDC preparedness checklist tool to strengthen preparedness against communicable disease outbreaks at migrant reception/detention centres: [www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/handbook-using-ecdc-preparedness-checklist-tool-strengthen-preparedness-against](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/handbook-using-ecdc-preparedness-checklist-tool-strengthen-preparedness-against)
- Syndromic surveillance in migrant centres tool: [www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syndromic-surveillance-migrant-centres-tool](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syndromic-surveillance-migrant-centres-tool)
- Strengthening preparedness and surveillance in migrant reception centres: [www.ecdc.europa.eu/en/news-events/new-ecdc-tools-strengthening-preparedness-and-surveillance-migrant-reception-centres](http://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/new-ecdc-tools-strengthening-preparedness-and-surveillance-migrant-reception-centres)(with a number of links included)
- Guidance on infection prevention and control of COVID-19 in migrant and refugee reception and detention centres in the EU/EEA and the UK (there is also a microlearning on this translated in all 24 languages, it is currently under review but still working): [www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidance-prevention-control-migrant-refugee-centres](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidance-prevention-control-migrant-refugee-centres)
- Reducing COVID 19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA: [www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-migrants-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-migrants-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake)



# CROCI

2022

*È stata realizzata su piattaforma online la Conferenza che, anche quest'anno non ha potuto ospitare di persona i ricercatori con l'ampio e consueto audience. Anche se la modalità virtuale fa perdere il contatto con le sfumature che si hanno con l'ascolto in presenza, interessanti molte presentazioni, alcune già riportate sul nostro sito, oggetto di Conferenza Stampa. Tra di esse, due le ricerche italiane (Spallanzani e Osp. San Raffaele di Milano).*

## COVID - 19

Molti gli studi sui vaccini per il Covid 19 rendono necessaria la menzione sulla loro applicazione ed efficacia in molti paesi. Da notare il paragone con la popolazione non vaccinata in termini di risultati sulla salute e soprattutto sulla risposta infiammatoria del sistema immunitario.

Confermata anche l'efficacia dell'uso di anticorpi monoclonali nella fase iniziale della malattia da SARS COV 2, che prevengono le coagulopatie. Sono previsti nuovi studi al riguardo.

Uno studio di coorte francese ha riportato la persistenza dei sintomi COVID un anno dopo il ricovero in ospedale che era più comune nelle donne rispetto agli uomini con il 25% delle persone che non tornavano al lavoro dopo un anno.

## LONG COVID

Uno studio di coorte prospettico ha seguito 737 persone ricoverate con COVID (n=737) ha riportato che i sintomi di COVID persistono fino 12 mesi: il 27% di essi ha riportato oltre 3 sintomi a 12 mesi.

Le visite di follow-up sono state condotte a 3, 6 e 12 mesi dopo il ricovero. Le interviste ai partecipanti hanno valutato la qualità della vita, i sintomi del COVID e il disagio psicologico. Tra i sintomi più segnalati: affaticamento (46%), mancanza di respiro (33%) e dolore articolare (21%). Complessivamente, il 25% dei partecipanti non era tornato al lavoro dopo un anno. Le donne hanno anche riportato più sintomi COVID, depressione e ansia. Le risposte anticorpali sono state valutate da persone che avevano sintomi persistenti o in ripresa tre mesi dopo l'infezione.

Sono stati misurati i titoli anticorpali IgG e IgA anti-COVID e il 48% dei pazienti con COVID lungo era sieropositivo. I pazienti sieropositivi avevano aumentato le risposte dei linfociti T agli stimoli infiammatori e alle proteine COVID in vitro. Le risposte sieronegative del gruppo non erano statisticamente diverse rispetto alle persone che si erano riprese.

## PREVENZIONE

Confermato dal CDC il fallimento della politica di prevenzione per l'HIV negli USA, con una discesa della curva di nuovi contagi molto piatta, nonostante gli strumenti a disposizione. Mentre nel primo decennio la diminuzione è stata netta, in questi anni non ha subito la variazione che ci si aspettava grazie alle tecniche in uso ed al concetto ormai noto della TASP.

Viceversa, nell'osservazione dei ricercatori CDC, con l'aumento della lunghezza della vita nella popolazione, aumenta rischio globale di nuove diagnosi non correlate all'età, ma agli aspetti etnici. Le popolazioni meno colpite sono i Native Americans.

In ogni caso, le nuove diagnosi non si correlano nel tempo con i decessi e con le malattie AIDS defining dei decenni passati. Ulteriori studi sull'HIV sono stati centrati su neonati e bambini.

Per ottenere una considerevole diminuzione di contagi in Africa i ricercatori focalizzano il drammatico problema dell'infanzia e degli strumenti farmacologici solo potenzialmente utilizzabili, suggerendo l'ipotesi di terapia generalizzata sia nella fase di gravidanza che dopo due ore dalla nascita per bloccare il progredire dell'epidemia.

Ottimi i risultati preliminari sulla PrEP con farmaci iniettabili, ma questo è un tema del quale in Italia vergognosamente non si deve parlare in quanto AIFA ancora non ha approvato il primo farmaco orale per la PrEP, in uso nel resto del mondo.

## VACCINO HIV

Il rapido sviluppo di vaccini contro il COVID-19 ha portato molti a chiedersi se investimenti simili avrebbero potuto ottenere un vaccino contro l'HIV efficace: la tecnologia mRNA alla base dei vaccini Pfizer e Moderna potrebbe ora essere trasferibile agli sforzi contro l'HIV? L'NIH statunitense ha rilasciato un comunicato stampa sul lancio di uno studio di fase 1 su tre vaccini sperimentali contro l'HIV basati sulla tecnologia mRNA. Lo studio HVTN 302 esaminerà la sicurezza e le risposte immunitarie in un massimo di 108 partecipanti adulti in dieci città degli Stati Uniti. I tre vaccini candidati sono: (i) BG505 MD39.3 mRNA, (ii) BG505 MD39.3 gp151 mRNA e (iii) BG505 MD39.3 gp151 CD4KO mRNA.

Nota:  
Questo programma di ricerca era stato annunciato per la prima volta da Moderna nel gennaio 2021.

## STUDIO CAPELLA` LENACAPAVIR OGNI 6 MESI

Presentati i risultati a 54 settimane sull'inibitore del capsid lenacapavir in 182 soggetti naïve al trattamento nello studio randomizzato di fase 2 CALIBRATE. Il disegno dello studio includeva la randomizzazione a uno dei quattro gruppi in aperto una volta al giorno, con differenze nelle tre combinazioni di mantenimento alla settimana 28 (iniezioni Q6M LEN +TAF, iniezioni Q6M LEN + bictegavir o orale LEN+F/TAF) rispetto a un gruppo di controllo di bictegavir/F/TAF (n=25). L'endpoint primario dell'efficacia virale (<50 copie/mL) è stato riportato rispettivamente per il 90%, 85%, 85% e 92% per i gruppi 1, 2, 3 e 4. .

Lenacapavir ha generato una soppressione virale precoce simile a quella del gruppo di controllo basato sull'inibitore dell'integrasi. Sono stati forniti dati minimi sulla conta dei CD4 di circa 200 cellule/mm3 in ciascun braccio.

La tollerabilità era generalmente buona e simile al controllo orale con cefalea 13% vs 12%, nausea 13% vs 4% e COVID-19 10% vs 12%, tutti rispettivamente in LEN combinato vs controllo. Non si sono verificati eventi avversi gravi correlati a lenacapavir o interruzioni del trattamento, a parte le reazioni al sito di iniezione. Non ci sono state anomalie di laboratorio clinicamente rilevanti o di grado 3/4.

## LA INIETTABILE OGNI DUE MESI

L'azione di cabotegravir (CAB) più rilpivirina (RPV) sono ora una combinazione raccomandata nelle linee guida per il trattamento degli Stati Uniti e dell'UE sulla base di un dosaggio IM bimestrale. CAB/RPV-LA sarà presto disponibile in Italia. Le terapie a lunga durata d'azione hanno molti potenziali benefici. Alla CROI 2022 è stato presentato un poster sui risultati del terzo anno dello studio ITT-EATLAS-2M di fase 3b. La non inferiorità di Q4W rispetto a Q8W è stata riportata in base alla carica virale rilevabile all'endpoint primario (>50copie/mL alla settimana 48) e l'efficacia rimane elevata alla settimana 152 (86 - 87%).

La non inferiorità è stata confermata tra i regimi Q4W e Q8W entro margini rispettivamente del 4% E del 10% per la carica virale rilevabile e del 3% (n=14, Q8W) rispetto all'1% (n=5, Q4W) nell'analisi TT-E. Il fallimento virologico totale confermato (CVF) si è verificato in 11 e 2 persone per Q8W Q4W, rispettivamente, con due nuove valutazioni tra le settimane 96 e 152 in Q8W. I 2 partecipanti hanno sviluppato mutazioni associate alla resistenza sia a CAB che a RPV, nonostante la perfetta aderenza al protocollo.

Desta preoccupazione, la carica virale al momento del fallimento era di circa 24.000 e 59.000, sufficientemente alta da rischiare la trasmissione dell'HIV ai partner che si affidano a U=U per la prevenzione. I valori di soddisfazione del trattamento erano più alti per i regimi Q8W rispetto a Q4W (p=0,004).

## ANTICORPI MONOCLONALI

I dati di uno studio proof-of-concept, condotto in Botswana e presentato alla CROI, hanno mostrato che il trattamento con anticorpi neutralizzanti (bNAbs) su 28 bambini ha mantenuto la soppressione virale per 24 settimane senza ART nei bambini con HIV trattati precocemente.

Lo **studio Tatelo** ha valutato la combinazione mensile di VRC01LS e 10-1074 per via endovenosa come alternativa alla ART in una coorte di bambini trattati molto precocemente.

I bambini sono stati reclutati dalla coorte per il trattamento della prima infanzia (EIT), che avevano ricevuto ART continua, a partire da 7 giorni o meno (e 1 bambino con infezione intra-partum ha iniziato a 31 giorni). I bambini idonei avevano almeno 96 settimane di età e avevano una carica virale <40 copie/mL per 24 settimane prima dell'inizio dello studio.

Dopo 8 settimane di sovraesposizione con ART (i primi 6 partecipanti hanno avuto 32 settimane in attesa della valutazione farmacocinetica del doppio dosaggio di bNAb), questa è stata interrotta e il trattamento con bNAb è stato continuato.

Le dosi di infusione endovenosa erano state programmate ogni 4 settimane. La carica virale è stata testata ogni 1-2 settimane e la ART è stata riavviata (e bNAbs interrotto) se >400 copie/mL, a 24 settimane.

La carica virale è stata controllata settimanalmente fino a <40 copie/mL dopo il riavvio di ART. Quattordici (56%) hanno avuto un rebound virale a 400 copie/mL durante 24 settimane di trattamento con solo bNAb. Il tempo mediano al fallimento è stato di 4 settimane (intervallo da 1 a 20). Questi risultati hanno superato la soglia di successo predefinita dello studio del 30%.

Quando i ricercatori hanno esaminato le caratteristiche dei bambini classificati come successi, quelli con una sovrapposizione ART + bNAb più lunga avevano maggiori probabilità di successo: 5 su 6 (83%) con una sovrapposizione di 32 settimane. Anche i bambini arruolati in precedenza nello studio avevano maggiori probabilità di successo (quelli con la soppressione virale continua più lunga sono stati arruolati per primi). Così come quelli con caratteristiche favorevoli.

Per i 14 bambini che hanno fallito solo con bNAbs, l'ART è stata riavviata la terapia con ART. La carica virale mediana il giorno del riavvio era di 4,42 log<sub>10</sub> copie/mL. La soppressione a <40 copie/mL è stata raggiunta in tutti i bambini, a una mediana di 4,1 settimane (intervallo da 1 a 20) dal riavvio. I ricercatori hanno notato che nessun bambino in nessuno dei due gruppi aveva un modello preoccupante di declino dei CD4. Non sono state riportate reazioni all'infusione e i bNAb sono stati ben tollerati con solo 5 eventi di grado 3 –1 neutropenia è stata giudicata possibilmente correlata ai farmaci in studio. Le concentrazioni di bNAb sono state ritenute adeguate.

## ISLATRAVIR

Pur confermati i dati sulla efficacia virologica di Islatravir, farmaco proponibile con un impianto sottocutaneo che prevede una durata di sei mesi, gli studi sul farmaco restano fermi a causa di una scarsa risposta immunologica riscontrata nelle analisi di laboratorio lo scorso dicembre. Al momento resta attuale la forte efficacia del farmaco per l'uso in PrEP.

## STUDIO ANCHOR SUL PAPPILLOMA

Il cancro anale è un cancro che definisce l'AIDS e il quarto tumore più comune nelle persone che vivono con l'HIV negli Stati Uniti. I tassi di incidenza di 160/100.000 anni persona sono significativamente più alti rispetto alla popolazione generale e sono più alti negli uomini gay di età superiore ai 45 anni.

L'HIV aumenta anche il rischio per altri gruppi, inclusi uomini e donne eterosessuali, anche legato alla durata della positività all'HIV. Sebbene sia curabile con successo, soprattutto se diagnosticata precocemente, la diagnosi tardiva è in gran parte dovuta alla mancanza di programmi di screening, anche se il nesso causale con l'HPV è lo stesso del cancro cervicale.

Lo studio di fase 3 ANCHOR è stato avviato nel 2014 per vedere se il trattamento di persone sieropositive con lesioni squamose intraepiteliali anali di alto grado (HSIL) potesse ridurre l'incidenza del cancro anale. Gli esiti secondari includevano l'efficacia e la sicurezza del trattamento, inclusa la qualità della vita. Nell'ottobre 2021, il board di monitoraggio della sicurezza dei dati ha raccomandato di interrompere l'ulteriore randomizzazione e di offrire a tutti i partecipanti un trattamento attivo.

I primi risultati dello studio ANCHOR sono stati presentati dal ricercatore Joel Palefsky. I partecipanti, reclutati in modo randomizzato, controllato da 15 siti statunitensi, hanno ricevuto trattamento immediato per HSIL o monitoraggio

attivo semestrale (AM) con biopsia annuale.

Entrambe le braccia potevano accedere a monitoraggio e biopsia più frequenti se si sospettava il cancro.

Oltre 10.700 persone sieropositive sono state sottoposte a screening con anosopia ad alta risoluzione, con oltre la metà (52%) con HSIL testato da biopsia.

I tassi erano simili in tutti i gruppi (53% negli uomini, 45% nelle donne e 62% nelle persone trans).

Quasi tutti i soggetti sottoposti a screening (99,7%) sono stati quindi randomizzati (stratificati in base alla conta dei CD4 al nadir (sopra/sotto 200 cellule/mm<sup>3</sup>, dimensione della lesione e sito di studio) al trattamento (n=2.227) o all'AM (n=2.219).

I 17 soggetti a cui è stato diagnosticato un cancro anale allo screening sono stati tutti indirizzati a un trattamento immediato, al di fuori dello studio. Il dato è circa 20 volte più alto degli attuali tassi di cancro cervicale nella popolazione generale degli Stati Uniti in gran parte sottoposta a screening. dati demografici di base includevano l'età mediana di 51 anni (da 44 a 57) e le persone convivevano con l'HIV da una mediana di 17 anni. Circa l'80% erano maschi, il 16% femmine e il 3% transgender. L'etnia includeva il 42% afroamericano, il 23% bianco, il 16% ispanico.

Le caratteristiche dell'HIV includevano la carica virale principalmente controllata (80% <50, 7% da 50 a 200 e ~5% >1000 copie/mL), la conta mediana dei CD4 era di circa 600 cellule/mm<sup>3</sup> (da 400 a 850) e circa la metà aveva un nadir CD4 <200. Ai partecipanti era stato diagnosticato l'HIV per una media di 17 anni (da 10 a 24). Il trattamento è stato principalmente mediante elettrocauterizzazione ambulatoriale (93%), con numeri inferiori utilizzando trattamenti a infrarossi o topici.

I tumori invasivi erano più comuni nel braccio AM (21 vs 9). Il tempo mediano di follow-up è stato di 25,8 mesi ed è stata osservata una riduzione del 57% del cancro anale e il tasso di incidenza annuale di cancro anale è stato calcolato rispettivamente di 173 vs 402/100.000 nel braccio di trattamento rispetto a quello di monitoraggio.

Nel braccio di trattamento si sono verificati sette eventi avversi correlati allo studio, di cui cinque correlati alla procedura di trattamento e due erano infezioni o ascessi dovuti a biopsia anale. Si è verificato un singolo evento avverso grave correlato alla biopsia nel braccio AM.

Gli autori hanno concluso che questo è il primo studio che conferma l'importanza della prevenzione del cancro anale e che questi dati dovrebbero essere utilizzati per supportare lo screening e il trattamento come nuovo standard di cura.

## EPATITE C

Confermato il 60% di aumento dei casi di Epatite C (HCV) nel periodo in osservazione e i ricercatori del CDC raccomandano uno screening universale per limitare i danni della malattia epatica, considerando che le cure per fermare il virus C ci sono.

Simile la strategia in uso nel sud-est asiatico per prevenire l'epidemia da Epatite B.

Purtroppo, questa è la conferma del fatto che il problema centrale resta quello dell'accesso e dell'informazione, malgrado la quantità di strumenti di prevenzione e farmacologici disponibili.

## LONG COVID TRA LE PLWH

Il Prof. Deeks (USC) ha analizzato sintomi e marcatori di un gruppo di persone con e senza HIV in convalescenza da Covid 19, di età mediana 54. È riuscito a selezionare solo un 13% di PLWH con Covid - 19 grave. Da 6 settimane oltre la fase acuta fino a 4 mesi dopo, ha riscontrato una frequenza di sintomi tipici del long Covid nel doppio delle persone con HIV rispetto al gruppo di controllo, nonostante la terapia ARV in corso e una mediana di 600 CD4.

Malgrado la risposta anticorpale fosse uguale nei due gruppi, le espressioni basse di **CD8 e dell'inibitore**

## TERAPIA ANTICORPALE E REMISSIONE

Presentato il caso di un paziente che continua a tenere a bada l'infezione senza T l'ausilio della terapia antiretrovirale (ART) da quasi quattro anni dopo essersi sottoposto a una terapia anticorpale con (bNAb), denominato 3BNC117.

Non era la prima volta che questo anticorpo veniva sperimentato, ma potrebbe essere il primo studio i cui partecipanti sono stati arruolati molto a ridosso del momento in cui hanno contratto l'infezione, quando i loro reservoir di materiale virale latente erano forse di dimensioni ancora contenute.

**PD-1 di oltre il 70%, insieme a livelli più alti dimarcatori di infiammazione** (D-dimero, IL-6) suggeriscono la correlazione tra questi fattori e il long Covid.

Deeks ha concluso dicendo: "fino a quando il coronavirus non sarà endemico, vi sarà l'urgenza di vaccinare quanto più possibile la popolazione e di somministrare alle PLWH antivirali e MnAb in modo aggressivo per prevenire le complicanze del long Covid (astenia, giramenti di testa, naso che gocciola, insonnia, palpazioni)".

## "OFF CROI"

### INVECCHIAMENTO ASSOCIATO A RISPOSTA INFIAMMATORIA

Sono in aumento le segnalazioni di sindrome post-acuta da COVID-19, in cui la risposta infiammatoria persiste anche dopo la scomparsa di SARS-CoV-2, ma i meccanismi alla base della sindrome post-acuta da COVID-19 rimangono sconosciuti.

Lo studio giapponese ha dimostrato che le cellule infettate da SARS-CoV-2 innescano l'arresto del ciclo cellulare nelle cellule vicine non infette in modo paracrino tramite la produzione di citochine indotta da virus.

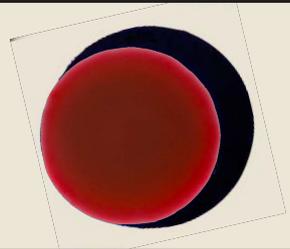
In cellule umane in coltura o organoidi bronchiali le cellule senescenti indotte dall'infezione da SARS-CoV-2 esprimono livelli elevati di una serie di fattori infiammatori noti come fenotipi secretori associati alla senescenza (SASP) in modo prolungato, anche dopo che SARS-CoV-2 non è più rilevabile.

Dimostrato anche che l'espressione del marcatore di senescenza CDKN2A e di vari geni SASP factor4 è aumentata nelle cellule polmonari dei pazienti con sindrome COVID-19 post-acuta grave. Inoltre, è stato riscontrato che i topi esposti a un ceppo adattato al topo di SARS-CoV-2 mostrano segni prolungati di senescenza cellulare e SASP nel polmone a 14 giorni dopo l'infezione quando il virus non era più rilevabile, che potrebbe essere sostanzialmente ridotto dalla somministrazione di farmaci senolitici.

La senescenza paracrina indotta dall'infezione sostenuta qui descritta può essere coinvolta nell'infiammazione a lungo termine causata dall'infezione da SARS-CoV-2.

Shunya Tsuji et al. in Nature Aging volume 2, pages 115–124 (2022), Rif: Nalbandian, A. et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Nat. Med. 27, 601–615 (2021)

# TESTIMONIANZE



***Riportiamo le testimonianze di due lettori che hanno voluto condividere le proprie esperienze riguardo il confronto con la propria sieropositività. Atteggiamenti diversi di fronte alla stessa esperienza che spiegano il proprio vissuto.***

***Condividere queste riflessioni può essere di aiuto, non tanto per i messaggi che racchiudono, quanto per la consapevolezza del fatto che certi eventi vanno affrontati, capiti, analizzati con i propri strumenti e, se necessario, con l'aiuto di uno specialista.***

***Lasciare in sospeso i conti con sé stessi è una soluzione che può aiutare nell'immediato, ma prima o poi riemergono per reclamare una risposta. Nel frattempo, l'esistenza si riempie di sensi di colpa, paure, ansia, rassegnazione, tristezza, rancore, autolesionismo; i "non lo so" e i "boh" che, come spiegazione, alla lunga fanno più male.***

***In questo momento particolarmente difficile che è diventato una minaccia per l'equilibrio psicologico di molti, sottoporre se stessi all'analisi del proprio vissuto, alla rivalutazione delle proprie idee ed esperienze può essere di stimolo ad altri a fare lo stesso.***

## **AUTOSTIGMA E RABBIA**

Quel sottile filo che lotta nel nostro me stesso tra coscienza e autostigma che sfociano nella rabbia. Abbiamo chiesto a un lettore, in uno stato conflittivo con se stesso, di sfogarsi scrivendoci.

Abbiamo trovato orgoglio, autostigma, coscienza, paura, tante sfumature di uno stesso colore che lottano senza pace.

## **UNO, DUE, CENTO TRAUMI...**

Parlare di me in genere non è facile, soprattutto quando è molto personale. Mi fa sentire come se fossi falso. È scomodo. È abbastanza normale sentirsi così, giusto? Parlare, persino scrivere, del giorno in cui ho appreso del mio stato è ancora traumatico. In generale, l'intero anno è stato traumatico. Ti senti come se la vita stesse andando per la tua strada per una volta. Trovi l'amore. Trovi contentezza. Ti senti felice quando non ti senti così da molto tempo. La tua vita personale si sente bene.

## **DALL'AMORE ALL'ODIO**

Ma l'HIV non discrimina in base alla tua educazione, razza, stato, titolo o altro. Ti è stato diagnosticato, il tuo ragazzo dice che ti ama ancora e che questo non cambia. Ma poi ti lascia comunque, per la tua stessa paura. Il lavoro diventa insopportabile.

Sei consumato dalla vergogna, dall'odio e dalla rabbia verso te stesso. Droghe e alcol sembrano la via d'uscita. E per me, alla fine, anche il suicidio.

## **DIMENSIONARE LA VERGOGNA LA COLPA**

Chiedere aiuto non è stato facile. Non posso dimenticare la notte in cui stavo bevendo vodka, come facevo quasi tutte le sere nelle prime settimane e mesi dopo la diagnosi.

Con la vodka è arrivato il coraggio liquido di uscire e dire a mia madre che avevo l'HIV. Sono crollato all'istante e le ho detto quanto mi vergognassi e fossi disgustato di me stesso. Quando mi ha afferrato e abbracciato, ho capito che sarebbe andato tutto bene. In qualche modo.

Sì, sono estremamente colpevole di irresponsabilità sessuale. È facile essere irresponsabili, quasi divertenti, perfino. Con il sesso è facile cercare di stare attenti. Ma secondo la mia esperienza, se ci stai solo provando, non puoi sentirti ancora responsabile.

Ci è voluto un po', ma essere aperto e onesto riguardo al mio stato è diventato importante per me. Era più difficile che uscire allo scoperto. È un processo diverso per ogni persona.

## **L'HIV NON MI DEFINISCE**

Mi sono rifiutato di lasciare che l'HIV mi controllasse o mi definisse. La mia soluzione era invece controllare e definire l'HIV. Ho scelto di far parte della mia soluzione e ho deciso di accettare tre aggettivi: vizioso, benevolo, umile.

A questo punto della mia vita, spero che il mio apporto al gruppo abbia un impatto positivo sulla vita di persone che convivono con l'HIV e ad altre riuscire a prevenirlo.

Tempo fa, quando mi svegliavo dopo aver sognato qualcosa di assurdo, mi chiedevo "Perché?", oggi mi dico "Perché no?"

Se riuscissi a cambiare qualcosa della mia convivenza con l'HIV, sceglierei lo stigma che ne deriva e il disprezzo di sé che così tante persone sentono come un effetto collaterale negativo.

Ma voglio, devo riuscire a esprimere la rabbia per l'ingiustizia nel mondo e desidero farla capire alle persone anche se questo mio desiderio è il più nascosto.

Ivan

PS: Un rancore non è un risentimento. Certo, sono fatti dello stesso materiale -veleno- mentre il risentimento è concentrato, il rancore è annacquato, bevibile, rinfrescante e effervescente

## **I 40 ANNI VISSUTI DA UNO DI NOI**

*Una breve e intensa lettera, che racconta una storia come tante altre, ma oggi, dopo 40 anni, ha ancora più valore per la memoria di chi allora non c'era ancora.*

All'inizio degli anni '80, ero un uomo gay che viveva a West Hollywood, in California e la crisi dell'AIDS era appena all'orizzonte. Ricordo di aver sentito parlare di persone che muoiono, forse un amico di un amico, e di aver pensato tra me e me: "oh, penso che debba succedere a persone davvero squallide. Ma non a noi, i bravi ragazzi".

### **INCONSAPEVOLE**

Puntare il dito contro le altre persone è un modo semplice per stare bene con noi stessi, e quindi un'attività umana popolare, soprattutto quando siamo spaventati a morte. Ho espresso lo stesso tipo di giudizi contro i miei compagni gay che presto sarebbero stati usati contro di noi da persone al di fuori della nostra comunità. Gli uomini gay non erano immuni dall'autoconservazione che deriva dalla paura abietta.

### **MEGLIO NON SAPERLO**

Con l'oscurità del decennio, l'epidemia di AIDS si avvicinava. E più vicino. Il barista del tuo locale preferito era lì venerdì ed è morto lunedì. Il cassiere della tua banca. Il ragazzo che abitava dall'altra parte del corridoio.

Quando il test per l'HIV è stato reso disponibile nel 1985, era politicamente scorretto accettarlo. Non c'era niente che potesse venire dal sapere. Un test positivo significava che potresti essere licenziato dal tuo lavoro, rinnegato dalla tua famiglia, cacciato dal tuo appartamento e generalmente trattato come un malato. E non c'era un solo farmaco per curarlo. Perché fare il test?

### **MA POI...**

Volevo sapere se prepararmi a morire nei prossimi due anni. Quindi l'ho fatto ed è risultato positivo. Ho vissuto in uno stato di paura mortale, ogni singolo giorno, per anni, di quando avrei avuto la macchia sulla pelle, o la tosse, o qualcosa che direbbe "il conto alla rovescia è iniziato" e sarei morto in pochi mesi? Era difficile non essere fatalisti. Perché smettere di fumare? Perché pianificare la pensione? Ho dovuto considerare, alla veneranda età di 24 anni, cosa volevo che la mia vita significasse. Sono andato a lavorare per un'agenzia per l'AIDS che ha fornito volontari di supporto emotivo alle persone che muoiono di AIDS.

Era una cosa triste da fare, ma anche molto bella.

## **LA SINDROME DI LAZZARO**

Il fatto che non sia morto - e che sia riuscito a sopravvivere fino a quando non sono stati scoperti trattamenti efficaci più di dieci anni dopo - è un completo mistero per me. La vita e l'HIV sono così casuali. Prima che esistessero i farmaci, la consapevolezza avrebbe potuto portare conforto, ma era un concetto che non aumentava molto le probabilità di sopravvivenza.

Molte, molte persone che mi hanno ispirato e che hanno fatto tutte le cose giuste sono morte di AIDS con la stessa rapidità di quelle che si sono arrese non appena è stata diagnosticata. Ho smesso di cercare di capire il perché molto tempo fa. Le persone venivano trattate con maggiore riverenza quanto più si avvicinavano alla morte.

### **RESILIENZA VERSUS ODI**

Le persone che erano stronzi prima di avere l'AIDS hanno continuato a essere stronzi dopo aver avuto l'AIDS. La malattia non ha riparato le loro personalità. Nonostante tutto, io ho ancora gioia di vivere. Non permetterò che l'HIV/AIDS me la rubi, non più. Passo il mio tempo a raccontare la storia di quello che ci è successo allora, perché è una storia di resilienza di fronte a una grande tragedia, e di amore e gentilezza di fronte alla discriminazione e all'odio. O, e spesso in silenzio.

### **PUNIZIONE VERSUS AMORE**

Mentre la gente diceva che l'AIDS era la punizione di Dio, noi eravamo impegnati a prenderci cura gli uni degli altri e ad avviare organizzazioni per nutrire i malati e fornire alloggio, istruzione e ricerca. In mezzo alla morte della mia comunità, abbiamo costruito, servito e amato. Questa è un'eredità che mi rende incredibilmente orgoglioso, ed è una storia che deve essere ripetuta e ricordata.

### **TRAGEDIA E CONDIVISIONE**

L'AIDS ha avuto un'enorme influenza sull'uomo che sono diventato, ma non mi definisce. Se vivere con l'HIV mi ha insegnato qualcosa, è che tutti abbiamo la nostra merda. C'è chi ne ha una, chi ne ha un'altra. La tragedia non è una gara.

Ci sono persone che stanno leggendo questo e che hanno passato di peggio. Ne sono sicuro. Ma aver attraversato qualcosa di così orribile mi ha dato empatia per le persone diverse da me. Sono profondamente consapevole che le persone lotto. Spesso in silenzio.

*Andrea*



# SIAMO FUORI TESTA E NON POSSIAMO PIÙ STARE ZITTI E BUONI

“La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantisce cure gratuite agli indigenti.”

Articolo 32. Costituzione italiana

Il Sistema Sanitario Nazionale, fin dalla sua istituzione, è stato orientato alla tutela e alla promozione della salute piuttosto che esclusivamente alla diagnosi e alla cura: lo spostamento del focus dalla malattia alla salute e dal paziente alla persona ha determinato la necessità di un'attenzione costante anche alle componenti di ordine psicologico - sociali, relazionali e comportamentali - che influenzano lo stato di salute, così come la malattia e la molteplicità delle dimensioni correlate ai percorsi di cura.

La Psicologia opera attraverso l'individuazione di fattori di rischio e protettivi, e garantisce che le risposte cliniche del sistema di cura tengano conto del contesto familiare, relazionale e sociale, promuovendo la presa in carico globale. Il DPCM 12 gennaio 2017 contiene una serie di riferimenti alle prestazioni di tipo psicologico e psicoterapico, il Piano Nazionale AIDS 2016 fornisce indicazioni precise di intervento psicologico. Ma tra la teoria e la sua applicazione c'è un abisso. Un abisso reso ancora più profondo dalla pandemia che dal 2020 ha travolto tutti e dalle notizie della guerra in corso in Ucraina che mette a dura prova i nostri nervi già a pezzi più o meno piccoli.

«La media ricavata da 66 ricerche realizzate a livello internazionale indica che, in epoca Covid, il 31% della popolazione al di sopra dei 18 anni ha una situazione di stress psicologico significativo che io chiamo fatica psicologica. Al di sotto dei 18 anni questa percentuale sale al 50%.

La survey prodotta da EATG a ottobre 2020, cui hanno partecipato 646 PLWH e 359 membri di Associazioni da 27 Paesi europei, dimostra che nella richiesta di supporto psicologico, il 65% delle PLWH ha dichiarato di non averne ricevuto alcuno, il 34,1% ha ricevuto sostegno da famiglia e amici solamente, il 21,2% solo dalle associazioni HIV e solo il 7,1% presso il proprio ambulatorio HIV. Da questi dati si evince in modo forte e chiaro che la grande domanda di supporto psicologico non trova risposta nel Sistema Sanitario, escludendo

quindi chi non può permettersi una psicoterapia privatamente.

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2696\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2696_allegato.pdf)

Fatta questa considerazione, come stiamo? Come sappiamo, l'infezione da HIV può comportare solitudine, stigma, autostigma, discriminazioni, stress, ansia, difficoltà relazionali.

I **disturbi neurocognitivi nelle PLH** possono essere imputabili a patologie psichiatriche pregresse, a un danno di HIV al Sistema Nervoso Centrale e ad effetti indesiderati dovuti ad alcune terapie antiretrovirali (ART), soprattutto nelle formulazioni più vecchie, possono risultare in deficit dell'attenzione, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno, incubi, stordimento, sintomi dello spettro ansioso e depressivo.

La prevalenza di **HIV-Associated Dementia** si è ridotta in seguito all'introduzione della ART mentre, secondo un recente studio italiano, il Mild Neurocognitive Disorder interessa il 10% di chi riporta problemi cognitivi e il 4% di asintomatici.

Disturbi psichiatrici vengono riscontrati in circa la metà delle PLWH. Le principali manifestazioni, depressione ed ansia, sono spesso associate a sintomi cognitivi, con una ridotta capacità di attenzione e concentrazione e disturbi della memoria (prevalenti nella depressione), e con disturbi della vigilanza, irrequietezza o irritabilità (prevalenti nell'ansia).

Le **Linee Guida Italiane sull'utilizzo della Terapia Antiretrovirale** e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV, Edizione 2017, dedicano un paragrafo ai Disturbi Neurocognitivi/Psichiatrici:

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2696\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2696_allegato.pdf).

Lo studio Detox del 2021 ha dimostrato che dopo lo switch da DTG/3TC/ABC a DRV/c/FTC/TAF si sono ridotte le alterazioni di grado moderato-grave nella qualità e nella latenza del sonno; e l'analisi aggregata ha mostrato miglioramenti significativi nei punteggi specifici relativi ad ansia e depressione, senza che venissero segnalati fallimenti virologici.

Fortunatamente il miglioramento della ART procede, e oggi per molte PLWH è possibile passare a formulazioni ancor più semplificate a due farmaci (Dual Therapy), e a breve anche in Italia sarà disponibile la terapia Long Acting, che prevede iniezioni bimestrali invece di compresse quotidiane.

Questi progressi farmacologici aprono nuovi scenari di gestione dell'infezione, e dunque nuovi risvolti per la consapevolezza di malattia. Tutto nel contesto del messaggio rivoluzionario **U=U**: le PLWH in trattamento con soppressione virale non passano il virus ai/alle partners nei rapporti non protetti.



**HIV e Covid** implicano e ci confrontano con la solitudine. **L' guerra in atto in Ucraina** si configura come ulteriore fattore di stress, ma porta invece un senso di comunità, di altruismo.

### Che fare?

Come all'inizio della pandemia, ci ritroviamo a cercare costantemente notizie, informazioni sulla guerra in Ucraina. Questa ricerca costante e compulsiva apparentemente ci dà la sensazione di avere il "polso" della situazione, di avere la situazione sotto controllo. Falso.

Questa sovraesposizione non fa che aumentare ansia, disagio, preoccupazione, angoscia, ed apre la strada alla traumatizzazione vicaria. Quindi di nuovo, come abbiamo imparato a fare circa la pandemia, torniamo a non subire passivamente il flusso continuo di notizie, ma attivamente decidiamo una, due volte al giorno in cui informarci, scegliendo fonti attendibili e di fiducia. Ed eventualmente focalizziamoci su cosa ciascuno di noi può fare nel proprio piccolo.

Il Consiglio Nazionale degli Ordini degli Psicologi (CNOP) ha attivato l'iniziativa "**Psicologi per Emergenza Guerra**" mettendo a disposizione sul sito [www.psy.it](http://www.psy.it)

informazioni e materiali utili. Utile è anche mantenere l'attenzione focalizzata su di sé, sul "come stiamo" appunto.

La **paura** è un'emozione primaria che ha lo scopo di preservare la sopravvivenza individuale. Si attiva di fronte alla percezione di un pericolo e scatena un'elevata attivazione.

L'**ansia** è l'anticipazione di una minaccia futura. E' correlata a uno stato di attivazione fisiologica, che interessa soprattutto la tensione muscolare e uno stato di elevata vigilanza.

Proprio perché proiettata nel futuro, l'ansia spinge la persona ad attuare condotte preventive come comportamenti prudenti o di evitamento, che nel caso di disturbi più conclamati non si limitano a ambiti specifici ma diventano reazioni pervasive che invalidano fortemente l'autonomia.

Tra i fattori di rischio per il disturbo d'ansia generalizzata ad esempio troviamo: esperienze negative o traumatiche (recenti o passate), esposizione prolungata a fattori stressanti, malattie croniche e invalidanti, personalità evitanti/introverse/pessimiste.

Le principali cause di un attacco di **panico** possono essere: lutti, malattie gravi, cambiamenti di vita importanti (matrimonio, lavoro, separazioni), periodi di iperlavoro o di scarso riposo, situazioni relazionali conflittuali, cambiamenti di ruolo, traumi, problematiche finanziarie.

Le risposte che gli individui danno durante l'evento

stressante hanno un beneficio immediato perché permettono di sopportare o evitare il carico cognitivo o emotivo della situazione, tuttavia nel momento in cui questi comportamenti dissociativi o di evitamento permangono essi diventano disfunzionali (**Koopman & al, 1995**).

Il **disturbo acuto da stress** (ASD) è una forte sofferenza provata durante un'esperienza traumatica, che può successivamente dar vita a **Disturbi Post Traumatici da Stress** (PTSD).

Alcuni criteri peculiari sono: esposizione a una situazione di forte minaccia, alla vita o all'integrità fisica (questo comprende anche la dimensione sessuale), per se stessi o altri, eventuali pensieri intrusivi o dissociazioni, impossibilità a provare emozioni positive, evitamento, a livello sia cognitivo sia comportamentale, irritabilità, difficoltà di concentrazione o ipervigilanza.

Nel caso di PLWH, andiamo oltre il concetto generico di Qualità della vita, zoomando sulla **Qualità della Vita Relativa alla Salute** (Health Related Quality of Life), dato che una malattia, soprattutto se cronica, ed il relativo trattamento comportano un fardello più o meno pesante. Esistono test specifici per misurarla ed evidenziare aree di forza e di fragilità.

Nella stessa ottica vanno i **Patient Reported Outcomes** (PROs), che vogliono agevolare ed efficientare il rapporto medico-paziente, guidando l'attenzione di quest'ultimo a sé, alla propria salute e benessere a 360°.

Ricordiamoci che l'entropia e il caos interno sono anche energia creativa, propulsiva verso un sé migliore, verso una maggiore consapevolezza di sé e quindi un maggior benessere.

*"Quell'anno mi privarono della primavera, e di tante altre cose, ma io ero fiorito ugualmente, mi ero portato la primavera dentro, e nessuno avrebbe potuto rubarmela più."*

Alessandro Frezza



# SEX, DRUGS & PrEP

*Alcuni ricercatori in Canada hanno studiato i comportamenti tra gli uomini che hanno utilizzato la profilassi pre-esposizione all'HIV (PrEP) scoprendo che coloro che usavano PrEP, quando facevano uso di droghe per il sesso erano a maggior rischio di infezioni (IST).*

La **PrEP** viene comunemente assunta come pillola giornaliera, ma alcune persone usano anche un altro programma ("on demand"). Poiché l'assorbimento di PrEP è aumentato negli ultimi anni, è importante monitorare la salute degli utenti di PrEP.

Un team di ricercatori della McGill University e della Clinique l'Actuel di Montreal ha studiato la relazione tra IST, PrEP e uso di droghe sessuali (chemsex o Party n' Play/PnP). I ricercatori hanno esaminato le informazioni relative alla salute raccolte dal 2013 al 2020. La stragrande maggioranza dei 2.086 partecipanti, che utilizzavano tutti la PrEP, era gay, bisessuali o MSM.

Durante il periodo dello studio, nessuno dei partecipanti è diventato sieropositivo. Le persone che praticavano chemsex all'inizio dello studio avevano il 32% di probabilità in più di una diagnosi di una IST: clamidia o gonorrea. I ricercatori hanno anche scoperto che maggiore è il numero di droghe utilizzate nel chemsex, maggiore è il rischio successivo di sviluppare una IST ed hanno affermato che i risultati sottolineano "la necessità di servizi integrati che affrontino le complessità dell'uso di sostanze sessuali".

## Dettagli dello studio

I partecipanti sono stati analizzati dalla Clinique l'Actuel, che serve principalmente MSM. Secondo i ricercatori, le persone interessate alla PrEP, in genere vanno a una visita iniziale con un medico o un infermiere. Vengono sottoposte a screening per l'HIV e compilano un questionario con informazioni socio-demografiche, abitudini sessuali e uso di droghe.

Ai soggetti idonei alla PrEP viene prescritta una pillola contenente una combinazione di due farmaci: tenofovir + FTC (emtricitabina). Tornano in clinica un mese dopo per ulteriori consultazioni e successivamente ogni tre mesi. Durante le visite cliniche, le prescrizioni vengono rinnovate, sono analizzati i campioni di sangue e di urina, vengono eseguiti screening delle IST e dell'HIV e i partecipanti vengono intervistati sull'aderenza alla PrEP, sui

potenziali effetti collaterali e sui comportamenti sessuali. Nel presente studio, tutti i 2.086 partecipanti erano adulti. Il profilo medio dei 2.086 partecipanti al momento dell'ingresso nello studio era il seguente:

- età – 36 anni
- il 99,7% erano uomini cisgender; lo 0,1% erano uomini transgender; Lo 0,2% erano donne transgender
- il 99,7% era gay o bisessuale; lo 0,2% era eterosessuale; mancavano i dati per i restanti partecipanti.

Il 24% dei partecipanti ha riferito di avere avuto almeno un incontro "chemsex".

I ricercatori hanno definito "chemsex" come "relazioni sessuali sotto l'effetto delle seguenti sostanze":

- **Cocaina**
- **Crack**
- **Metanfetamina**
- **GHB (acido gamma-idrossibutirrico)**
- **Ketamina**

Ai fini dello studio, i ricercatori hanno limitato il monitoraggio dei risultati (diagnosi IST e così via) per un massimo di due anni dopo l'inizio.

## Risultati

Secondo i ricercatori, le persone che hanno riferito di chemsex avevano maggiori probabilità di sviluppare una IST prima rispetto alle persone che non si sono impegnate in chemsex (nove mesi contro 14 mesi). Inoltre, le persone che hanno riferito di chemsex avevano un rischio aumentato del 32% di sviluppare una IST. Le persone che praticavano il chemsex sembravano particolarmente a rischio di sviluppare la gonorrea. Più droghe vengono utilizzate per il chemsex, maggiore è il rischio di sviluppare una IST.

I ricercatori hanno scoperto che le persone che hanno usato **crystal meth**, **GHB** o **crack** hanno sviluppato la loro prima IST nel periodo in studio prima di coloro che non hanno usato queste due droghe.

**Reddito:** Maggiore è il reddito di una persona, minore è il rischio di sviluppare una IST.

**Età:** Le persone di età compresa tra 18 e 35 anni erano particolarmente a rischio di sviluppare una IST. C'era anche una tendenza all'aumento del rischio di malattie sessualmente trasmissibili tra le persone di età superiore ai 50 anni, ma la notizia fondamentale è che non si sono verificati casi di infezione da HIV tra gli utilizzatori di PrEP.

Ciò rafforza i dati accumulati sui benefici protettivi della profilassi plausibile che diverse droghe chemsex (o combinazioni) possano avere un effetto indiretto sul rischio di IST. Ad esempio, nel presente studio, le persone che hanno utilizzato la metanfetamina o il GHB avevano maggiori probabilità di sviluppare la loro prima IST correlata allo studio prima rispetto alle persone che non usavano questi farmaci.

#### **Fonti:**

*Flores Anato JL, Panagiotoglou D, Greenwald ZR, et al. Chemsex e incidenza delle infezioni sessualmente trasmissibili tra gli utenti canadesi di profilassi pre-esposizione (PrEP) nella coorte l'Actuel PrEP (2013-2020). Infezioni trasmesse sessualmente. 2022; in stampa.*

## **PnP**

dall'inglese "Party and Play" (Divertimento e gioco), è l'acronimo per indicare la partecipazione a molteplici incontri sessuali e l'uso di sostanze.

#### **Perché si partecipa al PnP?**

Esistono diversi motivi per cui un MSM partecipa al PnP:

- aumentare la fiducia sessuale e aiutarsi a superare i dubbi su se stessi, i problemi di immagine corporea e le insicurezze sessuali
- aumentare la libido o desiderio sessuale, che potrebbe essere cambiato con l'età
- creare un senso di comunità attraverso la partecipazione
- aumentare i sentimenti di intimità e connessione sessuale con i partner occasionali: alcuni uomini descrivono sentimenti di intimità molto intensi e di essere in contatto con i propri sensi e i desideri del proprio partner
- aumentare la lunghezza del rapporto sessuale, consentendo loro di avere rapporti per periodi di tempo più lunghi senza eiaculare o di essere pronti a fare di nuovo sesso subito dopo l'eiaculazione — per avere rapporti sessuali con più partner nello stesso periodo di tempo
- partecipare a una gamma più diversificata di attività sessuali a causa della perdita dell'inibizione

Per alcuni MSM HIV sieropositivi, la PnP può aiutarli ad affrontare quei sentimenti negativi derivanti dallo stigma e dalla discriminazione legati al loro stato di HIV e/o alla loro sessualità.

#### **Quali droghe o sostanze vengono utilizzate in queste situazioni?**

Le droghe più comunemente associate alla PnP in Canada risultano i cristalli di metanfetamina (crystal meth), il gamma-idrossibutirrato (GHB) e la ketamina.

Queste droghe vengono utilizzate perché aumentano l'eccitazione e le prestazioni sessuali, incoraggiando al contempo la disinibizione. Una revisione sistematica e una meta-analisi hanno rilevato che gli MSM nei paesi ad alto reddito che usavano stimolanti di tipo anfetaminico (compresa la metanfetamina) ha una probabilità 1,7 volte maggiore di avere l'HIV rispetto agli uomini che non usano droghe.

Uno studio condotto da una clinica di salute sessuale ad Anversa, in Belgio tra il 2011 e il 2017, ha rilevato che il 33% degli MSM, che ha fatto uso di ecstasy/cocaina/anfetamine o GHB, ha contratto l'HIV rispetto al solo 13% degli MSM che non ha utilizzato queste droghe. Questo studio ha scoperto che gli MSM che facevano uso di droghe associate alla PnP aveva sei volte più probabilità di contrarre l'HIV rispetto agli MSM che non ne faceva uso.

Uno studio sugli MSM che hanno frequentato due cliniche di salute sessuale di Londra nel 2014-2015 ha rilevato che l'8,6% degli MSM che ha riferito di aver fatto uso di droghe chemsex, aveva una nuova diagnosi di HIV, rispetto all'1,8% di MSM che non ne faceva uso.



*Uno studio statunitense ha scoperto che alcune condizioni di salute sembrano aumentare il rischio di fragilità. Tra di esse vi erano ictus, diabete, malattie ai polmoni e al fegato. Lo screening, la prevenzione e il trattamento di queste condizioni di salute possono aiutare a ridurre il rischio di fragilità. Questi i risultati dello studio osservazionale sviluppato negli USA in tre centri tra il 2014 e il 2020.*

Le persone con HIV, col passare degli anni, diventano suscettibili alle comorbidità: condizioni di salute come malattie cardiache, problemi polmonari, diabete, perdita di densità ossea e così via. È importante studiare l'intersezione tra HIV e invecchiamento in modo che i risultati della ricerca possano essere applicati da medici e infermieri che si prendono cura delle persone con HIV al fine di massimizzare la salute durante il processo di invecchiamento.

Un gruppo di ricercatori di diverse università ha analizzato informazioni relative alla salute di 219 persone di mezza età e anziani con HIV e le ha monitorate per diversi anni individuando le tendenze tra le comorbidità e il loro impatto sulla fragilità. Tutti i partecipanti "avevano una condizione neurologica o medica significativa" nel momento in cui sono entrati nello studio

I ricercatori hanno scoperto che le persone che avevano o svilupparono determinate comorbidità, come ictus, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o malattie del fegato, erano maggiormente a rischio di diventare fragili e hanno incoraggiato i medici a considerare interventi specifici per trattarle o prevenirle.

### DETTAGLI DELLO STUDIO

I partecipanti di 3 centri sono entrati nello studio con "una condizione neurologica o medica significativa" poiché le persone nello studio sulla fragilità sono state selezionate da uno studio più ampio; il National NeuroAIDS Tissue Consortium (TC).

Il sottostudio sulla fragilità ha utilizzato le informazioni relative alla salute di 219 persone sieropositive che hanno effettuato visite regolari nei 6 anni. Alle visite, ogni sei mesi, sono stati effettuati esami fisici approfonditi e valutazioni mediche e neurologiche.

### QUALI FRAGILITÀ

I partecipanti sono stati classificati come "fragili" se avevano tre o più dei seguenti criteri:

- perdita di peso involontaria,
- esaurimento,
- debole forza di presa, velocità di camminata lenta
- velocità di camminata lenta,
- un basso livello di attività fisica,

Coloro che avevano solo uno o due dei criteri di cui sopra sono stati classificati come "pre-fragili" e quelli che non avevano nessuno di questi criteri sono stati classificati come "robusti". All'inizio dello studio, il 73% dei partecipanti era classificato come robusto e il 27% era considerato pre-fragile.

### CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI

Il profilo medio dei partecipanti, tutti in terapia ART all'inizio dello studio era il seguente:

- età – 61 anni
- 73% uomini, 27% donne
- durata dell'infezione da HIV - 25 anni
- attuale conteggio CD4+ – 500 cellule/mm3
- lieve deterioramento neurocognitivo associato all'HIV – 27%
- Demenza associata all'HIV – 15%
- Deterioramento neurocognitivo causato da problemi diversi dall'HIV – 4%
- Attualmente fuma tabacco – 60%
- Uso corrente di marijuana – 33%

### RISULTATI

40 partecipanti allo studio (18%) sono diventate fragili in un periodo di 30 mesi.

Tra quelli diventati fragili, all'inizio dello studio, vi erano più pre-fragili che robusti. Le persone inizialmente classificate come robuste tendevano a passare a uno stato di pre-fragilità prima di diventare fragili. Tuttavia, tre persone inizialmente robuste sono entrate direttamente nella categoria dei fragili. La morte era più comune entro un anno dallo stato di fragilità (15%), rispetto alle persone rimaste robuste o pre-fragili. Riscontrata tra quelli fragili una maggiore propensione ai problemi neurocognitivi.

### COMORBIDITÀ

L'analisi statistica ha rilevato che avere quattro o più comorbidità all'inizio dello studio era associato a un rischio aumentato di 5,5 volte di diventare successivamente "fragili".

# GIORNATE DI NADIR 2022

## PRIMA EDIZIONE

Il conflitto in Ucraina è stato uno dei temi di apertura delle Giornate di Nadir, svoltesi il 7 e 8 aprile. Abbiamo dato particolare attenzione all'empowerment delle persone con HIV sulle terapie innovative, sugli aspetti metabolici e psicologici accumulati nel tempo e aggravati dalla pandemia, sul ruolo della salute mentale nel successo terapeutico, sottolineando l'urgenza di

un richiamo al SSN sull'assistenza psicologica continua. Per la prima volta abbiamo esplorato il tema della prevenzione vaccinale, anche come sistema sostenibile per le persone con HIV e l'impegno dimostrato dagli italiani per raggiungere gli obiettivi del piano vaccinale, seguiti dalla sessione interattiva sulle prospettive di utilizzo del criterio mRNA per l'HIV.



Le presentazioni sono disponibili sul sito [www.nadironlus.org](http://www.nadironlus.org)

Ringraziamo i partecipanti delle 38 associazioni territoriali HIV e i relatori che hanno contribuito alla realizzazione di questa edizione.

Dai risultati del questionario cui risposero i nostri lettori nel 2020, era emerso l'interesse quasi unanime nel ricevere informazioni sulle caratteristiche di un regime iniettabile che permette un'attività prolungata al punto di evitare l'assunzione quotidiana di pillole.

Con l'arrivo anche in Italia di questo nuovo regime, abbiamo voluto scrivere questa guida pratica per rispondere ad alcuni quesiti che si sono poste le persone già in terapia e vogliono saperne di più o per coloro a cui il medico ha prescritto il primo regime completo a rilascio prolungato (detto "Long Acting").

La Guida è reperibile interamente sul nostro sito [www.nadironlus.org](http://www.nadironlus.org)

Per qualsiasi dubbio o precisazione, potete contattarci all'indirizzo di posta elettronica: [redazione@nadironlus.org](mailto:redazione@nadironlus.org)

Iniziativa resa possibile grazie  
al supporto incondizionato di ViiV Healthcare



# U = U NE SAPPIAMO ABBASTANZA?



*Frutto di numerosi studi internazionali che ne hanno confermato i risultati inequivocabili per molti anni, è un principio universale noto dal 2016 che in Italia non è stato ancora promosso adeguatamente.*

*Questo il motivo per cui abbiamo dato inizio ad una campagna che intende rivendicare l'importanza e scoprirne tutti i benefici che comporta anche sulla salute mentale e sulla lotta contro il pregiudizio e la emarginazione che le persone con HIV hanno vissuto, prima della sua scoperta.*

Di certo il dramma del Covid – 19 è stato un ostacolo del tutto imprevisto che ha interrotto drasticamente gli sforzi per diffondere il principio U = U.

Ma ve ne è un altro, previsto e pur sempre inaccettabile: la "difficoltà" della nostra tradizione culturale per affrontare i temi legati alla sessualità. Nella scuola mancano programmi di educazione sessuale e riproduttiva, parlare del profilattico è stata una battaglia durata 30 anni, la PrEP tuttora non è stata approvata in Italia... U = U? Il nuovo tabù che le istituzioni non osano promuovere?

**U = U (Undetectable = Untransmittable)**, vale a dire che una persona con carica virale non rilevabile non contagia il virus. La non rilevabilità della carica virale, premessa sulla quale regge la veracità e di conseguenza, l'opportunità di usufruire dei benefici offerti da questo principio, dipende dalla terapia antiretrovirale.

Oggi vi sono una quantità di farmaci efficaci e tollerabili che rendono più gestibile il percorso verso l'obiettivo cui si riferisce la prima U della equazione

È importante il rapporto con il medico affinché possa individuare il regime terapeutico che oltre alle esigenze del proprio stato di salute possa soddisfare anche, per quanto possibile, le esigenze dello stile di vita.

Ridurre l'impatto della terapia sulle proprie abitudini è una condizione che ne garantisce il successo a lungo termine e contribuisce al miglioramento della qualità della vita. Sensibilizzare la popolazione sul principio U = U si traduce in sensibilizzazione verso la prevenzione e, quando necessario, l'inserimento automatico nel percorso di salute HIV, identificato da tempo come binario sul quale è possibile mantenere la soppressione virale nel tempo, "cronicizzare" l'infezione, garantire il benessere fisico e mentale.

Le terapie e i risultati sono sotto gli occhi di tutti, ma è necessario che le istituzioni rendano disponibile l'informazione diretta alla persona e svolgano il ruolo determinante per applicare le regole messe a disposizione dalla ricerca, bloccare la diffusione del virus e abbattere i pregiudizi la circondano.

N.B: U = U è un concetto valido per l'HIV, ma non si applica alle altre infezioni a trasmissione sessuale.

*Questa iniziativa è stata resa possibile grazie al contributo incondizionato di ViiV Healthcare*



**n.. . PRIMAVERA 2022**

**Direttore responsabile**  
Filippo von Schlösser

**Redazione**  
David Osorio  
Filippo von Schlösser

#### COMITATO SCIENTIFICO

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

**SUPERVISIONE GRAFICA E TESTI**  
David Osorio

**STAMPA DIGITALE - ROMA**

#### EDITORE

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

Le fotografie presenti in questo numero non sono soggette a royalties oppure sono pagate quando dovuto. La rivista Delta rientra tra le attività istituzionali non a fini di lucro per le persone sieropositive. Le opinioni espresse sono di esclusiva responsabilità degli autori e sono comunque soggette all'approvazione del comitato scientifico e della redazione.

È possibile abbonarsi gratuitamente a Delta tramite il nostro sito [www.nadironlus.org](http://www.nadironlus.org) oppure scrivendo [aredazione@nadironlus.org](mailto:aredazione@nadironlus.org). L'indirizzo è valido anche per altre richieste/ segnalazioni

**Ringraziamo Gilead Sciences per il contributo a questa iniziativa.**

