



100

- 2 EDITORIALE
- 3 SALUTE MENTALE
BAROMETRO DELLA SALUTE
- 5 EDUCAZIONE, E CONSAPEVOLEZZA

- 7 GIORNATE DI NADIR
- 12 PROFILASSI PRE - ESPOSIZIONE
- 14 DRUG THERAPY
GLASGOW CONFERENCE

- 15 CALL TO ACTION
- 16 DATI EPIDEMIOLOGICI 2023
DATI DELLE IST
VIDEO INTERVISTE PROF. SULIGOI

DELTA COMPIE UN QUARTO DI SECOLO

A chi l'ha vista nascere, sembra impossibile che sia già passato tutto questo tempo. Un gran pezzo della vita di coloro che l'hanno fondata e di quelli che hanno imparato ad usarla come punto di riferimento, non pochi dei quali non si aspettavano di poterci essere, a questo suo venticinquesimo compleanno. E questo è il lato positivo di una bella storia, il bicchiere mezzo pieno.

La parte negativa è che della prevenzione e della cura della malattia da HIV, del sostegno di coloro che ne sono portatori, di combattere lo stigma che ancora grava su di loro, la società e i responsabili della sanità si preoccupano sempre meno. Tanto da autorizzare il timore che, soprattutto tra i giovani, il livello di informazione sia terribilmente calato e anche tra molti meno giovani si stia affermando un **analfabetismo di ritorno** che da una parte induce a comportamenti non consoni alla prevenzione, dall'altra ad atteggiamenti dettati dall'ignoranza, che si risolvono in un **incremento dello stigma**.

Uno sguardo al panorama della lotta all'AIDS non porta molto conforto. **Il piano nazionale approvato nel 2017 è rimasto lettera morta** e non ha trovato applicazione in nessuna delle regioni, che pure l'avevano approvato. E questo ben prima che la pandemia del 2020 contribuisse a distogliere l'attenzione dalla pandemia precedente. Una pandemia che aveva iniziato a dar segno di sé quarant'anni prima, diversa nelle modalità di diffusione, ma che, val la pena di ricordarlo, è stata responsabile di numero di vite tagliate assai superiore di quanto abbia fatto COVID-19. **La legge destinata a sostituire ed aggiornare la 135/90 ristagna in parlamento**, e non è dato di sapere se e quando potrà disincagliarsi.

Molte regioni non hanno più, o non si sono mai dotate, di una commissione AIDS. C'è la cura, una cura di efficacia, tollerabilità e maneggevolezza sempre migliori, ma certamente non in grado di eradicare l'infezione. La ricerca su HIV/AIDS ha perso gran parte del suo abbrivio iniziale, in particolare quella che possa condurre alle conoscenze

necessarie per cancellare del tutto il virus dall'organismo. Non c'è un vaccino preventivo efficace, e la strada per ottenerlo è lastricata di difficoltà assai difficili da sormontare.

E allora viva chi continua a combattere, facendo quanto è possibile, senza accontentarsi, nella consapevolezza del molto che ancora manca. La storia di Delta è piena di testimonianze di una lotta sempre viva ed attiva. Sfogliando uno dei numeri più 'antichi', quello del 29 maggio 2000, ritrovo ad esempio un'iniziativa, **mind your mind**, certamente a suo tempo innovativa e indicativa di come Delta abbia saputo rivolgere, già all'inizio del suo percorso, un'attenzione completa ai problemi delle persone con HIV.

Nel numero del 19 settembre del 2023 trovo invece il lancio della campagna **U=U, impossibile sbagliare**. E mi rendo conto di come, purtroppo giustamente, Nadir abbia sentito la necessità di tornare ad impegnarsi su un tema che da tempo dovrebbe

far parte delle conoscenze acquisite, scientificamente incontrovertibili, ma che è tutt'ora ben lontano dall'essere stato recepito, persino da una parte non trascurabile delle stesse persone che vivono col virus.

E quindi viva Delta, buon venticinquesimo compleanno! Non è un augurio convenzionale. Che rimanga viva ed attiva una voce che in un quarto di secolo ha affrontato tutti i principali temi della lotta all'HIV è molto importante, perché c'è ancora molto da fare.

Spero di esserci anche al cinquantesimo compleanno, quando però mi auguro che da tempo Delta possa essere diventata una rivista dedicata alla storia e alle memorie di una malattia definitivamente e completamente sconfitta.

Massimo Galli

SALUTE MENTALE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stabilisce come principio assoluto "La salute è una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità." E' parte integrante del concetto di salute. Basti pensare che una limitazione al benessere della mente, può causare effetti imprevedibili prima nell'individuo, poi nella comunità.

SALUTE MENTALE, BARICENTRO DELLA SALUTE

In un periodo di cambiamenti prevedibili e non, che necessitano di fermezza per affrontare novità, ostacoli e deviazioni, il ruolo della salute mentale è centrale e si pone in rapporto bidirezionale con la salute generale.

La mia persona

Affermazione ancora più valida se si riferisce ai cambiamenti sociali e individuali che si devono affrontare, oppure quando si riflette alle patologie a esito mortale o croniche che ostacolano in modo imprevedibile il nostro cammino. Il sottoporsi ad esami, test, controlli, la costante e corretta aderenza alle terapie prescritte richiede risorse psichiche e caratteristiche personologiche, da individuare ed implementare con il costante pensiero che potrebbe finire tutto molto male, ma non c'è spazio per il rifiuto ove i margini del percorso sono fin troppo stretti.

La mia mente

Nell'ambito delle infezioni sessualmente trasmissibili, e dell'HIV in particolare, i dati indicano un costante aumento dei late presenters, le persone cioè che si sottopongono tardi al test quando sono già presenti sintomi di malattia. Le risorse psichiche sono l'ispirazione per elaborare la diagnosi di HIV o di qualsiasi patologia ci faccia pensare "questa proprio non me l'aspettavo" e si necessita un benessere mentale perlomeno sufficiente per gestire la cronicità della patologia; eventi e fasi della vita, così come il dover mantenere la rotta o alcuni farmaci antivirali

(soprattutto quelli meno recenti), possono avere conseguenze sulla salute mentale, principalmente in termini di ansia, deflessione dell'umore, senso di colpa, persecuzione, frustrazione, disturbi del sonno e tanti altri aspetti personali che ci possono rendere sconosciuti a noi stessi. Ecco dunque che la salute mentale si pone al centro della nostra esistenza in modo imperativo, si fa baricentro della salute generale.

La mia bussola

Oggi conosciamo e cerchiamo di migliorare la componente della qualità della vita legata alla salute generale (Health related Quality of Life, HrQoL), che possiamo misurare tramite test specifici.

Ma è possibile anche che nel corso della vita subentrino altre patologie, altre difficoltà che ritenevamo non ci appartenessero e man mano che il gioco si fa più duro e più complesso, dobbiamo farci "più duri" anche noi, (ri)scoprendo risorse che magari non sapevamo di avere. Ad esempio, alla condizione di sieropositività può sommarsi una patologia psichica vera e propria, una diagnosi relativa ad ansia, depressione... Tante sfaccettature della nostra personalità con cui ci dobbiamo confrontare.

Focus sulle dipendenze da sostanze iniettive

Particolare attenzione va data alle persone che vivono con una dipendenza da alcool/sostanze, e che usano droghe per via iniettiva (PWID), poiché hanno bisogni specifici. Il Disturbo da Dipendenza consiste in uno schema comportamentale di uso continuativo di sostanze, nonostante l'aumento di conseguenze sul funzionamento

SALUTE MENTALE E HIV

- ▶ I disturbi neurocognitivi nelle PLWH possono essere imputabili a patologie psichiatriche pregresse, a un danno di HIV al Sistema Nervoso Centrale e ad effetti indesiderati dovuti ad alcune terapie), 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 della Terapia e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV -edizione 2017- dedicano un paragrafo ai Disturbi Neurocognitivi Psichiatrici.

generale e la diminuzione degli aspetti edonistici.

Tra le sfide principali insite nel concetto di dipendenza come patologia ci sono: la componente di volizione, l'evidenza che i trattamenti dovrebbero focalizzarsi sugli aspetti riabilitativi più che sulle sostanze, e che i modelli comportamentali sono più efficaci di quelli rivolti ai danni.

Il contesto fuori tempo

Bisogna ricontestualizzare il discorso sulle dipendenze. La dipendenza è una patologia prevedibile e cronica, non un fallimento morale. L'uso ripetuto di sostanze può modificare il cervello e quindi anche la capacità decisionale, l'autocontrollo, la capacità di resistere all'urgenza di assumere ulteriore sostanza. Il comportamento è un sintomo della patologia. Le persone affette da dipendenza necessitano di trattamenti comportamentali definiti e cure, come le persone che vivono con diabete o patologie cardiovascolari. Gli elementi fondamentali del trattamento delle dipendenze prevedono un lavoro su: primo avvicinamento alla sostanza, disintossicazione, riabilitazione, eventuali comorbidità psichiatriche, prevenzione delle ricadute, con focus su qualità della vita e motivazione, e ovviamente un supporto farmacologico.

La discriminazione

Gli ostacoli al trattamento delle PWID che vivono con HIV sono: stigma e discriminazioni multiple sia per l'uso di sostanze sia per l'HIV, aspetti socio-politici determinanti per la salute (bisogno di alloggio, cibo, lavoro, supporto ai minori, questioni legali e detenzione, comorbidità (infettive, psichiatriche...)) e finora l'atteggiamento del nostro paese è stato troppo punitivo nei confronti di chi già soffre per una propria debolezza, punendone il comportamento, invece di fermarsi a pensare come affrontare la sofferenza.

Gli altri non ne sono estranei

Gli ostacoli al trattamento che invece riguardano i sanitari sono la mancanza di: tempo, infrastrutture, risorse, supporto interdisciplinare per i casi più complicati, ottimismo prognostico.

E' dunque necessaria una presa in carico integrata per il trattamento delle dipendenze e della salute mentale. Mentre si costruisce questa rete multidisciplinare, gli infettivologi sono chiamati ad occuparsi anche degli aspetti di dipendenza delle PWH che hanno in carico e formarsi al riguardo.

Azione per la prevenzione

Esistono fattori di rischio per la salute mentale, alcuni non modificabili, come l'età, ed altri modificabili, ad esempio la condizione socioeconomica, e fattori protettivi del benessere mentale. Possiamo dunque cambiare, ridurre i fattori di rischio e concentrarci su quelli protettivi.

Fattori protettivi del benessere mentale: come possiamo avere cura del benessere psicologico? Ne elenchiamo cinque tra tutti:

1. Supporto sociale. E' uno dei fattori protettivi per

la salute psicologica, tra i più potenti. Avere persone fidate intorno, amici, familiari, una comunità di sostegno può fornire una rete di sicurezza ed un'ancora emotiva nelle difficoltà. Il supporto sociale riduce lo stress e aumenta il senso di appartenenza. La solitudine oggi è un tema caldo in generale, le PLWH devono scontrarsi con le difficoltà della disclosure, ma la rivoluzione U=U (www.impossiblesbagliare.it) è un potente alleato.

2. Resilienza. La diagnosi di sieropositività in alcuni casi è un vero e proprio trauma, psicologicamente ancora in grado di attivare angosce di morte. Ma una grande difficoltà può incredibilmente diventare occasione di crescita, col supporto necessario. Si parla infatti di crescita post traumatica.

3. Autostima. Le fondamenta, il pilastro su cui poggia la cura di sé, tra discriminazioni, stigma e autostigma, stigma intersezionale, è il punto di riferimento che si trova nella community, nel gruppo con il quale si condividono le proprie abitudini e culture: le Associazioni hanno un ruolo centrale anche in questo campo.

4. Stile di vita. Ovviamente avere uno stile di vita sano, caratterizzato da attenzione all'alimentazione e all'attività fisica regolare, aiuta. Mens sana in corpore sano. Una recente meta-analisi della University of South Australia evidenzia che l'attività fisica regolare migliora sensibilmente sintomi legati a depressione, ansia e stress nella popolazione generale, ma anche in chi ha una patologia psichica o una patologia cronica, aumentando i livelli di dopamina e serotonina similmente all'effetto ottenuto con psicofarmaci (<https://www.humanitas-care.it/news/lesercizio-fisico-come-alleato-contro-la-depressione/> <https://bjsm.bmj.com/content/57/18/1203>).

5. Autodeterminazione e realizzazione. Un senso di scopo e di significato della propria vita sono potenti fattori protettivi. Identificare i nostri valori, passioni, interessi, ci aiuta a stabilire obiettivi significativi e a trovare un senso di realizzazione personale, che è al vertice della piramide di Maslow dei bisogni fondamentali. I giapponesi hanno una parola per identificare questo: Ikigai.

"Ciò che è rimasto malinteso, ritorna sempre; come un'anima in pena, non ha pace finché non ottiene soluzione e liberazione" S.Freud

Annalisa Perziano
Psicoterapeuta

EDUCAZIONE ALLE SCELTE CONSAPEVOLI

L'integrazione del supporto psicosociale relativo alla salute mentale con i servizi e gli interventi rivolti alle persone con HIV rappresenta una delle azioni chiave prioritarie della Strategia Globale AIDS 2021-2026.

La recentissima dichiarazione della **Presidenza della Commissione Europea** in occasione della **Giornata Mondiale della Salute Mentale** (11 ottobre) rimarca le azioni che gli Stati membri devono garantire in merito alla fornitura di servizi rivolti in particolare alle persone in condizioni di vulnerabilità, emarginazione o discriminazione, promuovendo un approccio olistico rivolto ai giovani in particolare e rafforzando i programmi di intervento precoce e gli interventi di prevenzione.

Costruiamo una cultura europea

Eppure quello della salute mentale rimane un aspetto ancora sottovalutato e non sufficientemente considerato nella organizzazione dei servizi dedicati alle persone con HIV.

Un aspetto ancor più trascurato ma di massima importanza al riguardo è quello che ha a che fare con la salute mentale degli adolescenti che vivono con HIV, sia che l'abbiano acquisita a livello perinatale, sia che l'abbiano acquisita in adolescenza.

E' un tema di grande rilevanza e ancor oggi non sufficientemente studiato.

Dati OMS alla mano, ben 3/4 dei disturbi mentali esordiscono in adolescenza, e l'HIV rappresenta un co-fattore critico per lo sviluppo di disturbi mentali, tanto che ben 1/4 degli adolescenti con HIV ne soffrono.

Preveniamo le vulnerabilità fin dall'adolescenza

Gli adolescenti che l'hanno acquisito a livello perinatale appaiono i più svantaggiati, per l'effetto cumulativo di più fattori avversi (andando più incontro a fattori quali lutti, povertà, danni allo sviluppo neurocognitivo, infezioni opportunistiche del sistema nervoso centrale e periferico, carenza di cure). Ma anche chi l'ha acquisito in adolescenza spesso è andato/a incontro a eventi avversi nell'infanzia, difficoltà a completare gli studi, carenza di supporto a livello familiare. Tutti devono poi confrontarsi con lo stigma e la discriminazione associati alla loro condizione, tanto più se appartenenti a gruppi di popolazioni chiave (MSM, persone transgender) e con le conseguenze psicologiche che ne derivano (ansia e depressione, sentimenti di disvalore).

Teniamo conto che l'adolescenza rappresenta una fase evolutiva cruciale per i destini della personalità e comporta sia una grande plasticità e dinamicità che una accentuata fragilità dovuta alle sfide impegnative che ragazzi e ragazze devono affrontare per portare a compimento gli importanti processi evolutivi di individuazione e separazione, mentre la stessa maturazione del cervello deve ancora completarsi, arrivando solo nella giovane età adulta a sviluppare e integrare in modo pieno le aree cerebrali deputate alla regolazione degli impulsi e alle capacità di mentalizzazione.

Nel complesso dunque non c'è dubbio che abbiamo a che fare con una popolazione particolarmente vulnerabile che necessita di un'attenzione speciale e di servizi personalizzati in base ad esigenze del tutto peculiari.

Scegliamo i servizi dedicati

Mettere a fuoco questa realtà e la necessità di dotare i servizi sanitari dedicati agli adolescenti con HIV di specifici supporti volti alla promozione della salute mentale e della resilienza è il fulcro dell'articolo appena uscito su JIAS di ottobre (*Opportunities for building lifelong resilience and improving mental health for adolescents living with HIV - [Wipaporn Natalie Songtaweasin](#), [Paul Thisayakorn](#), [Renata Arrington-Sanders](#), [Caroline Foster](#), [Thanyawee Puthanakit](#)*) a firma di un gruppo di medici di diverse discipline (infettivologi, pediatri, psichiatri) di diverse aree geografiche del mondo (dalla Thailandia, agli USA, al Regno Unito) che si occupano di infezioni sessualmente trasmesse negli adolescenti.

La visione sindemica come metodo

Sulla base della letteratura uscita in merito negli ultimi anni gli autori mettono in risalto l'interdipendenza tra presenza di HIV, stressors psicologici e ambientali e disturbi mentali, evidenziando come fattori a livello sociale, fisico e di salute mentale agiscano a livello sindemico: ad esempio mettendo in risalto come i disturbi mentali in adolescenza siano correlati a minor aderenza alla terapia antiretrovirale con fallimento virologico che a sua volta può portare a neuroinfiammazione, tutto questo con la conseguenza di esacerbare i disturbi mentali.

Sappiamo anche da altre ricerche che i disturbi mentali negli adolescenti sono correlati a comportamenti a rischio di uso di sostanze e comportamenti sessuali che favoriscono la trasmissione secondaria del virus. Così come sappiamo che gli effetti dello stigma e della discriminazione e di altri fattori (come povertà, avversità o carenze economiche o familiari) possono

favorire, oltre al disagio psichico, comportamenti a rischio sia di infezione da Hiv che della sua trasmissione secondaria.

Rischio e disagio

Una concatenazione biunivoca esacerbata dalle caratteristiche dell'adolescenza che costituisce una fase critica per l'emergere del disagio psichico e di vere e proprie patologie mentali, dai disturbi depressivi all'ansietà severa, fino alle psicosi.

E' dunque fondamentale rispondere a questa realtà con servizi di prevenzione e di cura integrati dove questi bisogni trovino risposta.

Scegliere i modelli di supporto

Esistono pochi studi che ci permettano di identificare approcci efficaci evidence-based per questa popolazione e questa esigenza. Negli ultimi 20 anni comunque qualche passo avanti è stato fatto in questa direzione, ma non c'è ancora sufficiente evidenza per fornire da parte dell'OMS raccomandazioni ufficiali per la prevenzione e trattamento per la salute mentale degli adolescenti con HIV.

Diversi modelli di intervento sono accennati nell'articolo, dai trattamenti individuali (con impiego della terapia cognitivo-comportamentale), ai trattamenti di gruppo con l'approccio della mindfulness, alle azioni di rafforzamento rivolte al gruppo familiare, agli interventi di supporto e counselling fornito dai pari, agli interventi community based.

Interessante il modello di cura collaborativa (CCM) sperimentato in Tailandia e descritto nell'articolo, che unisce i diversi strumenti all'interno di un modello socio-ecologico che integra servizi di salute mentale e di supporto psico-sociale all'interno dei servizi di prevenzione e cura HIV, con la proposta di strumenti di screening di base dei disturbi mentali negli adolescenti.

L'approccio umano crea giustizia

Qualunque modello si voglia portare avanti, ritengo che elementi cruciali saranno rappresentati da un lato da un congruo investimento di risorse nella formazione degli operatori socio-sanitari a contatto con gli adolescenti con HIV, una formazione focalizzata sui versanti psicologici e relazionali della loro professione, dall'altro dalla fornitura di un supporto psicologico/psichiatrico qualificato al primo emergere di segnali di disagio psichico clinicamente significativo. Se le risorse lo consentiranno, un altro elemento fondamentale sarà un'azione preventiva che parta ancor prima, con l'offerta a tutti gli adolescenti che vivono con HIV di interventi di qualità volti alla promozione della salute mentale e allo sviluppo delle capacità di resilienza e dell'autostima. All'interno di uno spazio sicuro e non giudicante, in un'ottica multisettoriale, con un approccio centrato sulla persona, sui diritti umani, sull'equità di genere e sull'empowerment.

Piero Stettini

Psicoterapeuta, Sessuologo, Membro FISS e CTS



Riportiamo i temi trattati alle Giornate di Nadir 2024, che abbiamo realizzato il 17 - 18 ottobre scorso.

Le presentazioni sono reperibili in versione integrale sul sito

www.nadironlus.org/category/seminario

PRIMA SESSIONE

ONCOLOGIA E HIV

La terapia antiretrovirale combinata (CART) ha cambiato l'epidemiologia dei tumori associati all'HIV: l'incidenza di tumori AIDS-correlati è diminuita, ma quella dei tumori AIDS-non correlati (NADCs) è in aumento. Le cause sono tante, ma hanno un ruolo importante la disparità di trattamento e il fatto che il 70% - 80% delle

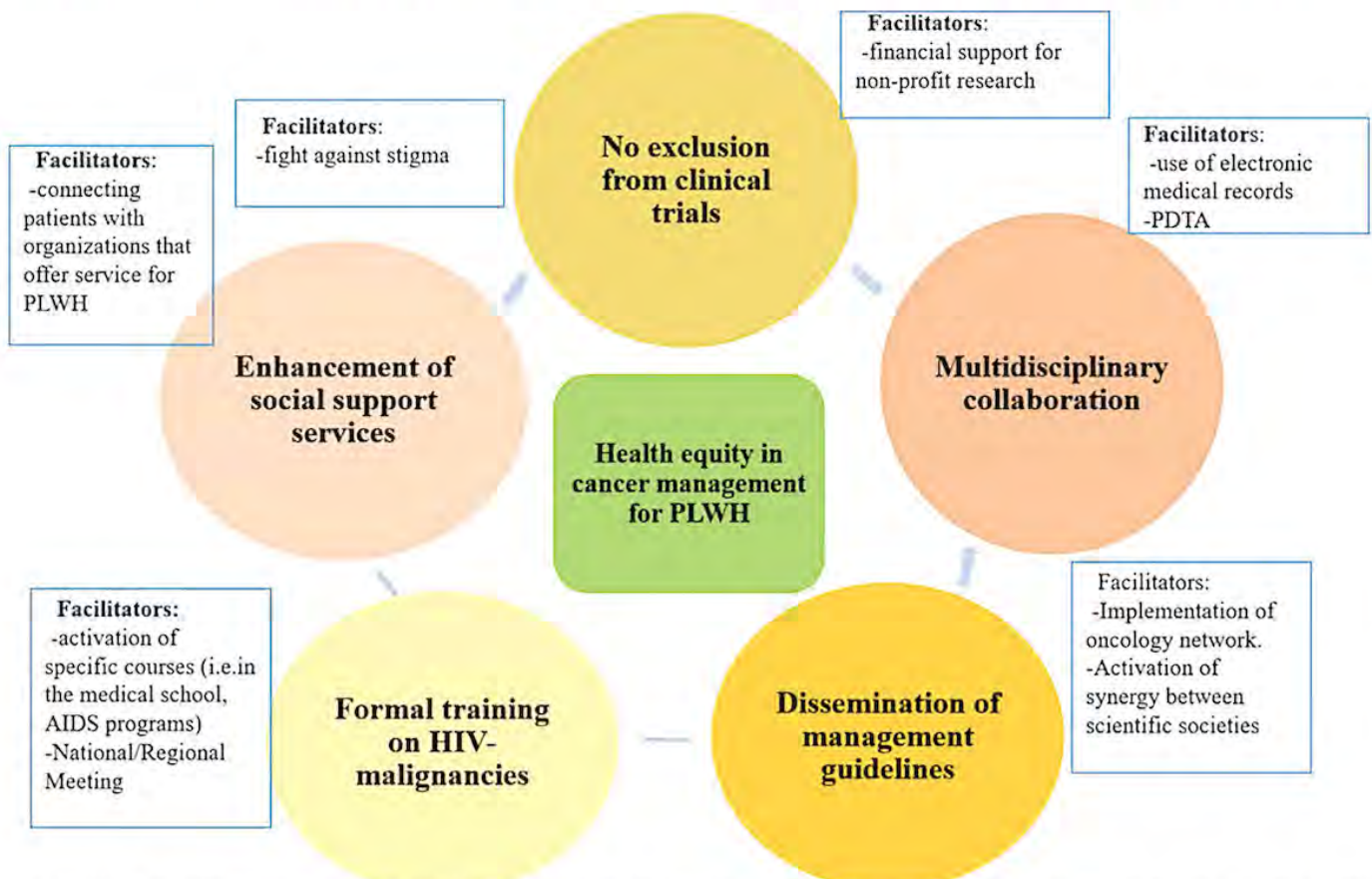
persone arrivano alla diagnosi quando sono al terzo o quarto stadio della malattia.

I principali fattori di rischio di tumore per le PWH sono il deficit immunitario provocato dal virus, che favorisce la replicazione dei virus oncogeni, e la immunoattivazione cronica indotta dal virus stesso, che mantiene il sistema immunologico costantemente attivato.

La causa maggiore è la traslocazione microbica che si verifica nei primi mesi dell'infezione da HIV: si assottiglia lo spessore della parete intestinale permettendo l'ingresso di detriti cellulari e batterici nel torrente circolatorio che stimolano continuamente il sistema immunitario. La terapia agisce in maniera significativa sul danno immunitario, l'inizio precoce può anche attenuare questo fenomeno, ma non ha nessun ruolo sull'infiammazione cronica.

Lo screening rimane tra le maggiori preoccupazioni

Reccomandations for Improving Cancer Management in HIV Population



AIDS-defining Cancers and associated Oncogenic Viruses

AIDS-defining Cancers	Associated Oncogenic Viruses
Kaposi Sarcoma (KS)	100% KSHV (HHV8)
Primary CNS Lymphoma	100% EBV
Burkitt's Lymphoma (BL)	40-60% EBV
Diffuse Large Cell Lymphoma (DLCL)	Centroblastic 30%EBV Immunoblastic 90%EBV
Primary Effusion Lymphoma (PEL)	100% KSHV 80-90% EBV
Plasmoblastic Lymphoma of oral cavity Castleman-associated Plasmoblastic L.	80% EBV 100% KSHV
Invasive Cervical Cancer	HPV

della prof. Vaccher, unico strumento preventivo per intervenire prima del sintomo. Per questo è fondamentale inserire la persona con HIV in un percorso che possa sensibilizzare la persona e garantire lo screening in modo sistematico.

Oltre all'attenzione costante, si raccomanda una sorveglianza approfondita delle PWH con gli specialisti e con i medici MMG, in attesa di LEA e linee guida innovative. Una coalizione di lotta allo sbarramento istituzionale urge immediatamente, prima che i vizi comportamentali del sistema diventino sistema.

SUPPORTO PSICOLOGICO - LINEE GUIDA

Partendo dalle conclusioni del dott. Giuliani, "Il paziente HIV ha sviluppato ottime competenze di gestione della sua malattia ma che mal si adattano alla gestione del tumore", si comprende la necessità di sviluppare uno strumento capace di dare supporto psicologico alla persona che affronta una malattia completamente diversa rispetto all'evoluzione dell'HIV che costringe a risposte emotive e sociali diverse.

La sfida principale per migliorare l'assistenza oncologica all'interno dell'HIV continuum costringe a esplorare le principali differenze/affinità che vi sono tra entrambe le patologie.

La relazione del Dott. Giuliani offre un quadro comparativo tra le esigenze e caratteristiche di una persona con HIV e di un pz oncologico con l'obiettivo di delineare un percorso di assistenza psicologica mirato. Emerge un panorama caratterizzato da nuove paure, incertezze, esigenze, conseguenze fisiologiche e psicologiche

pesanti in cui la morte, dopo essere stata scollegata, con tanta fatica, come inevitabile conseguenza della malattia, si ripresenta ancora come appuntamento con scadenze.

Da considerare che la PWH arriva alla diagnosi oncologica con la sfera psicologica già segnata che, indipendentemente dalla qualità della propria risposta per convivere con l'HIV, può diventare una lama a doppio filo al momento di dover affrontare una patologia la cui gestione comporta sofferenza dal punto di vista fisiologico, clinico, della terapia, delle implicazioni psicologiche, della percezione di essa e della sopravvivenza.

Sfide del PLWH con diagnosi di tumore

- Reattività emozionale: la diagnosi di tumore può amplificare l'ansia e la depressione in tutti i PLWH con gravità crescente tra i già vulnerabili;
- Adattamento al trattamento: il passaggio da un trattamento autogestito e semplice alla gestione di un regime terapeutico "eterogestito, complesso e invasivo" è fonte di elevato stress;
- Affrontare il rischio di morte: dopo una gestione della malattia nella quale il tema morte è stato " clinicamente " superato, il tumore riapre reazioni psicologiche disfunzionali verso il dolore, la prognosi e il rischio di morte;
- Supporto sociale: dopo che la cura di HIV aveva reso il supporto sociale meno importante (gestione individuale), il tumore riapre tale dipendenza diminuendo progressivamente l'autonomia (es. ruolo dei familiari, della riabilitazione, delle risorse previdenziali)
- Stigma: Anche il tumore è associato a stigma ma può amplificare quello HIV o riaprirlo in coloro che lo hanno superato;
- Ricerca di significato: Come per le PLWH anche il tumore può determinare una PTG, ma può anche metterla in crisi nel PLWH che l'ha già espressa.

Infine, citando nuovamente il Dr. Giuliani, "ci auguriamo che le Linee Guida per l'assistenza psico-sociale in oncologia sia applicata anche al paziente con comorbidità HIV-tumore all'interno della Retention in Care.

SECONDA SESSIONE

OTTIMIZZAZIONE DELLA TERAPIA

LO SWITCH

Entrambi i relatori (prof. Mussini ed il prof. Calcagno) hanno sottolineato che l'obiettivo primario dell'ottimizzazione della terapia è quello di ottenere la soppressione virale sostenuta nel tempo. Subentrano altri obiettivi quali la tollerabilità, la riduzione dell'impatto della terapia e il monitoraggio costante nel tempo, il superamento degli aspetti psico-sociali stigmatizzanti, ritenuti un ostacolo per mantenere risultati clinici ottimali.

Considerare il problema dell'infiammazione cronica, sottolinea la prof. Mussini, è fondamentale al momento dello switch, soprattutto nel caso dei late presenters, date le conseguenze fisiologiche della replicazione virale in assenza di terapia.

Vi sono diverse motivazioni per valutare lo switch di terapia. Ad esempio, quello proattivo tiene in considerazione la possibilità di migliorare l'insorgenza di alcune complicanze correlate all'età tra cui diminuzione della densità minerale ossea, valori anomali del colesterolo o della glicemia.

L'altra motivazione per lo switch è data dall'obiettivo di far fronte all'insorgenza di effetti collaterali, ma dato che la tollerabilità dei farmaci attuali è molto elevata, lo switch per tossicità sarà sempre meno frequente, anche se nuove tossicità potrebbero diventare più frequenti.

IL DIALOGO

Il dialogo aperto con il proprio medico, segnala il prof. Calcagno, è sempre la base necessaria per la personalizzazione della terapia. Il paziente stesso, come fonte d'informazione, è lo strumento che permette al medico scegliere la terapia migliore e superare le problematiche fisiologiche, mentali e sociali che gravano di più sulla sua salute. Il prof. Calcagno ha presentato il questionario che ha disegnato per riuscire a raggiungere questo obiettivo scavalcando il limite che impone la durata di 15 - 20 minuti della visita.

Il questionario, con un netto taglio geriatrico e olistico, include 12 domini nei quali esplorare sulle condizioni di salute fisica e mentale del paziente.

Ha indicato anche il problema delle interazioni farmacologiche, maggiormente delicato quando si presentano co-patologie che necessitano di cura e ha richiamato l'attenzione sul rischio di bruciare future opzioni terapeutiche mentre si cerca di ottimizzare la terapia.

Infine, raccomanda la revisione periodica della validità dello schema terapeutico prescelto, che può diventare inadeguato a causa dei cambiamenti della persona nel tempo e dei vantaggi che derivano dagli aggiornamenti della ricerca.

Personalizzazione della terapia antiretrovirale

Outcome desiderato

- 1** L'obiettivo primario del trattamento è stato identificato come quello di portare la carica virale a un livello non rilevabile. **Carica virale non rilevabile sostenuta**
- 2** I fattori correlati al trattamento e le visite cliniche eccessive sono stati identificati come il peso più notevole della convivenza con l'HIV. **Impatto minimo del trattamento e del monitoraggio clinico**
- 3** Mantenere una qualità di vita "ottimale" correlata alla salute è stato identificato come un obiettivo importante per le PLW. **Ottimizzazione della qualità della vita correlata alla salute**
- 4** La coerenza delle cure tra i diversi operatori sanitari è stata identificata come un fattore chiave per migliorare i risultati sanitari. **Integrazione permanente dell'assistenza sanitaria**
- 5** Lo stigma e la discriminazione sono stati identificati come barriere chiave al raggiungimento di risultati sanitari ottimali per le PLW. **Libertà dallo stigma e dalla discriminazione**

TERZA SESSIONE

CHEMSEX: USO DI SOSTANZE DURANTE LE PRATICHE SESSUALI

Chemsex, termine nato per descrivere l'utilizzo di sostanze durante i rapporti sessuali tra MSM, oggi coinvolge anche altri settori della popolazione. L'attenzione sul tema, in questa sede, risponde soprattutto alla necessità di allertare sulle conseguenze che questa pratica ha sulla salute, i rischi che comporta per il contagio dell'HIV e/o di altre IST e l'incidenza sull'andamento della salute a lungo termine per le persone con HIV, anche se in terapia ARV.



Disegnata da PLUS Roma, la prima parte della sessione è centrata sulla descrizione approfondita del fenomeno dal punto di vista dello specialista, Dott. Rodolfo Pessina, delle motivazioni che possono es-

sercisi alla base di questa pratica fino alle conseguenze a livello fisico, psichico, sociale e anche legale.

Nella seconda parte, con l'approccio community-based a cura di Filippo Leseri, Presidente di PLUS Roma, si spiegano i criteri di informazione e raccomandazioni di buona pratica per custodire un piacere senza perdere il controllo che si basa sulla politica della riduzione dei rischi.

Stabilire il confine tra uso ricreativo e problematico è complesso e dipende da fattori soggettivi

Maggiore consapevolezza, quindi, senza moralismo né censura per abbattere il senso di colpa e la percezione dello stigma. PLUS Roma si propone come punto di riferimento per le persone che partecipano al Chemsex offrendo, oltre al counseling, un programma di Sex Check, screening trimestrale delle IST che comprende la promozione dell'uso della PrEP. Nei casi in cui il confine tra uso ricreativo e problematico è espresso dalla persona stessa, Plus indirizza a figure professionali.

Aspetto peculiare sottolineato dai relatori è che gran parte delle persone che fanno uso della PrEP, partecipa al Chemsex.

QUARTA SESSIONE

FOCUS SULL'AGING E HRQoL

La sessione è iniziata con un filmato ad hoc per sintetizzare le criticità correlate all'invecchiamento in presenza di HIV, rilevate durante l'edizione di GdN 2023. Ha proseguito con la relazione della dott.ssa Jovana Milic sugli aspetti che guidano oggi la gestione delle fragilità, intesa come una sindrome multifattoriale che riduce le funzioni fisiologiche della persona, esponendola a un rischio più alto di outcomes negativi con l'avanzare dell'età, anche se non è il peso dell'età che definisce l'invecchiamento, ma una serie di fattori (familiarità, ambiente, stile di vita) che giocano un ruolo sull'individuo e da cui dipende una buona HRQoL,

Iniziare dalla prevenzione e trattare le fragilità è il nuovo obiettivo da considerare sia nella prescrizione dell'ARV sia nella valutazione complessiva della salute di chi vive con HIV. Nell'individuazione dei fattori predittivi e nella gestione della cura, il Prof. Guaraldi ha confermato il potenziale dei PROMs come strumento utile a stimolare il dialogo empatico con il paziente per costruire un modello di cura patient centered.

In linea con la raccomandazione della OMS, "The 2022-2030 HIV strategy calls the attention to the importance of people-centered health services and addresses the goal of achieving good HRQoL outcomes", è di primaria importanza la scelta degli strumenti in grado di misurare l'efficacia della gestione della salute del paziente per il raggiungimento ottimale della qualità della vita.

Perché abbiamo bisogno di PRO (patient reported outcomes), ovvero della condizione riferita direttamente dal paziente nella cura dell'HIV? Un PRO è qualsiasi rapporto sullo stato delle condizioni di salute che proviene direttamente dal paziente, senza l'interpretazione della risposta da parte di un medico o di chiunque altro.

I PRO sono sempre più utilizzati negli studi clinici come supporto delle indicazioni di etichettatura del farmaco e per segnalarne eventuali effetti avversi. I vantaggi dei PRO per la pratica clinica sono altrettanto evidenti in quanto è proprio dalle dichiarazioni spontanee del paziente che il medico riesce a raccogliere quelle informazioni che facilitano le decisioni terapeutiche. Infine, sono utili per identificare lo stato di salute del paziente e valutarne l'andamento.

Why do we need PROs in HIV care?

A PRO is any report on the status of a patient's health condition that comes **directly from the patient**, without interpretation of the patient's response by a clinician or anyone else



/ PROs are increasingly used in clinical trials due to FDA guideline on their use to support labelling claims^{1,2}

The benefits of PROs for clinical trials The benefits of PROs for clinical practice

- / Provide vital information that only the patient can provide³
- / Facilitate shared treatment decisions alongside clinical data³
- / Identify problems and concerns to improve progress³

FDA, Food and Drug Administration

1. FDA. Guidance of industry. Patient-reported outcome measures. Use in medical product development of support labeling claims. December 2009. Available at: <https://www.fda.gov/media/77832/download>. Accessed October 2024

2. Rivera SC et al. Health Qual Life Outcome 2019;17:156. 3. Antela A. et al. J Antimicrob Chemoter 2021;76:2501-18

RIFLESSIONI DALLE FRAGILITÀ

La relazione della Professoressa Vaccher ha suscitato varie interlocuzioni. Tra di esse, riportiamo quelle che mostrano le ancora gravi difficoltà del percorso di Salute in presenza di tumori. Restano molte domande cui ci siamo dati appuntamento per l'approfondimento alle prossime "Giornate". Questi alcuni temi da approfondire:

- Quali valori dalla diagnostica dell'HIV ci possono far sospettare l'inizio di una patogenesi di neoplasia?
- La traslazione microbica intestinale è frutto dell'indebolimento della flora batterica a causa della presenza di HIV. Tutti i batteri che passano nell'intestino agiscono come amici della flora intestinale occupata a ricreare un ambiente immunitario congruo a mantenere il suo equilibrio. Sono definiti come veri e propri commensali e si nutrono volentieri di integratori, zuccheri ecc. rafforzandosi e andando poi in giro per il corpo producendo infezioni o la vera e propria infiammazione che a lungo andare lascia spazio alle cellule tumorali. Ma quali sono i componenti dell'alimentazione che si debbono evitare e quali quelli che combattono l'infiammazione cronica che, verosimilmente convive con l'essere umano lungo tutto il periodo della vita?
- Vi sono elementi di cultura interdisciplinare che gli specialisti non conoscono. Come indirizzarli ai medici coinvolti in oncologia se il ministro della Salute indica solo le isorisorse quali fonti economiche per la formazione?
- Attualmente le persone con HIV sono escluse dagli studi clinici per farmaci anti-oncologici. Data la velocità di queste patologie, dobbiamo migliorare

questa consuetudine dannosa se poi le sanità regionali funzionano a velocità disuguali?

- Abbiamo sperimentato tempi insostenibili dal momento del sospetto a quello della diagnosi e presa in carico. È possibile accorciarli con un approccio indirizzato alla persona con HIV?
- Urgono studi di farmacologia per studiare i fattori di interazione tra farmaci ARV, oncologici e l'età, che spesso è elevata tra le persone con neoplasie. Urge mettere in sintonia le amministrazioni regionali sui percorsi vaccinali che devono essere rispettati al piè della lettera nelle persone con HIV
- È necessaria la collaborazione dei PIS (Patients in Science) per collaborare nel disegno di trials clinici da includere nello S O C
- Anche se l'età non è un fattore di rischio nell'esposizione ai tumori, è ovvio che il numero di anni di vita espone maggiormente le persone alle neoplasie. Debbono quindi essere sottoposte a follow up più frequente
- Miglioramento dei servizi di salute mentale per le persone affette da HIV, di fronte alle presentazioni tardive e a quelle con scarsa educazione sui rischi che comportano le IST. Ambedue le patologie poi debbono essere considerate ansiogene e quindi dannose al percorso di salute. Si potrà cambiare il paradigma della presenza a macchia di leopardo di psicoterapeuti che non sanno approcciare le problematiche di questo tipo di paziente?

Speriamo di poter dare risposte a queste domande durante le prossime Giornate di Nadir.

Filippo von Schlösser

PROFILASSI PRE-ESPOSIZIONE

HIVR4P 2024, the 5th HIV Research for Prevention Conference, svoltasi a Lima, Perú, lo scorso ottobre, ha dedicato ampio spazio alla PrEP

ADERENZA ALLA PROFILASSI

In due ampi studi multinazionali, condotti su uomini cisgender, donne transgender e donne cisgender, LA CAB iniettabile è risultato superiore a TDF/FTC orale come PrEP. Molti studi osservazionali, infatti, hanno riscontrato una carenza di aderenza all'uso di PrEP orale e alte percentuali di persone che interrompono la PrEP orale entro 6 mesi dalla prima assunzione.

LA CAB iniettabile può affrontare le sfide di assorbimento e aderenza, ma l'implementazione clinica negli Stati Uniti è stata limitata: solo l'1,4% della popolazione fa uso della formulazione iniettabile di LA CAB. Gli ostacoli includono i costi, la copertura assicurativa, il personale competente a seguire la procedura nelle cliniche.

Questi due studi, uno multinazionale sviluppato a San Francisco e uno multinazionale, miravano a valutare l'aderenza al LA CAB (misurata come ritenzione, iniezioni puntuali) nella clinica di San Francisco che aveva definito i criteri base di aderenza.

GLI ASPETTI DI SALUTE MENTALE

Nella rete sanitaria pubblica con tassi elevati di diagnosi di salute mentale, uso di sostanze, alloggi instabili, elevata permanenza e tasso di puntualità di iniezione osservati con LA CAB nel modello di avvio rapido e approccio di gestione multidisciplinare, in questi studi è stata riscontrata un'aderenza all'iniezione di profilassi ogni 4 o 8 settimane dell'85%.

Ma la Retention in Care a 6 mesi è diminuita all'83% (IC 95%: da 75% a 91%). La diagnosi di salute mentale associata a iniezioni tardive e interruzione è stata associata come la causa primaria; inoltre, si è riscontrato l'uso di sostanze e l'instabilità abitativa.

HIVR4P, abs Clinical Care Options OA0503

IMPOWER 24

È stato presentato da Landovitz lo studio **IMPOWER 24** che aveva come obiettivi valutare l'efficacia di Islatravir (ISL) orale una volta al mese e la tollerabilità di ISL orale QM in paragone alla dose standard quotidiana di FTC/TDF o FTC/TAF negli uomini cisgender e nelle donne transgender.

Nessun partecipante si è positivizzato al virus nei 42 giorni oltre la fase di studio. La maggior parte degli eventi avversi erano di grado 1 o 2 e nessuno di quelli gravi erano collegati alle condizioni dello studio.

La somma di eventi avversi è stata maggiore nel braccio con ISL mentre si sono verificate sier conversionsi in alcuni sottogruppi nel periodo che segue l'ultima somministrazione di ISL al di fuori dell'IMPOWER 24.

In conclusione, 60 mg di Islatravir somministrati una volta al mese presentano buona tollerabilità nelle donne cisgender.



HIVR4P 2024

Il farmaco, interrotto prima della fine dello studio, non sarà oggetto di ulteriori approfondimenti nella formulazione orale, in quanto anche nella somministrazione mensile non ha raggiunto uno degli obiettivi che si era proposto, ma ha confermato la crescita del danno immunologico con la diminuzione dei CD4 nelle persone in studio le quali, nel tempo, lo recuperano confermando l'effetto depressore diretto del farmaco sul sistema immunitario.

PURPOSE 2

Abbiamo riportato in precedenza lo studio **PURPOSE 2** i cui risultati definitivi sono stati presentati alla conferenza.

Riassumiamo alcuni dei dati: lenacapavir, sommini-

strato per iniezione sottocutanea a sei mesi dopo un breve lead-in orale, è stato più efficace rispetto al braccio di controllo utilizzando TDF/FTC per via orale giornaliera.

Questi risultati hanno spinto il DSMB a raccomandare l'interruzione della fase randomizzata dello studio all'inizio per offrire a tutti i partecipanti lenacapavir in aperto. Il follow-up continuerà in tutti i partecipanti.

Tali risultati di efficacia comportano la responsabilità etica di Gilead a garantire un accesso globale efficace ed equo. Ciò include la sfida di fissare un prezzo accessibile alle impostazioni di salute nei paesi ad alto, basso e medio reddito.

Gilead ha dichiarato di essere impegnata a prezzi che consentiranno un ampio accesso, e che questo sarà molto diverso dall'attuale prezzo di listino annuale negli Stati Uniti di \$ 44.000 per il trattamento MDR, la società si è impegnata con il Medicines Patent Pool a trasferire licenze e tecnologia che consentono la produzione di bioequivalenti.

Ricordiamo che il Comunicato stampa di Gilead annuncia la riduzione di infezioni da HIV del 96% e ha dimostrato la superiorità al Truvada orale quotidiano nello studio di fase 3 del secondo anno. (12 settembre 2024).

LA PREP E I CENTRI ESTRA-OSPEDALIERI

I centri extra-ospedalieri che in Italia possono fornire informazioni sull'accesso alla PrEP sono le associazioni HIV guidate da personale volontario e/o da infettivologi che effettuano questo tipo di consulenza, i cosiddetti centri community based. Dopo un colloquio telefonico ti daranno il suggerimento più adeguato al tuo caso e un esperto ti prescriverà a distanza o in presenza gli esami necessari per poi prescrivere la PrEP, quando necessario.

In ogni caso, in Italia, la profilassi può essere prescritta solo da un infettivologo/a che poi ti potrà seguire. Prenota una visita in uno dei centri community based che puoi cercare anonimamente su internet. Alcuni di essi possono anche fornire consulenza sulle epatiti A, B, C, papilloma, meningococco, infezioni trasmesse sessualmente e vaccini.

Le associazioni che possono fornirti assistenza per la prevenzione dell'HIV sono:

ANLAIDS, Arcigay, Fondazione LILA, NPS, ASA, Milano Checkpoint, Plus Bologna, Plus Roma, Bergamo Check Point, Perugia Check Point, Check Point Palermo, Ancona Check Point e sono in corso di realizzazione altri centri con diversa distribuzione geografica.

Rimaniamo nel tema per ricordare la situazione attuale della PrEP in Italia.



Dopo la pubblicazione della determina AIFA che nel maggio 2023 dichiarava la teorica quanto impossibile accessibilità a questa forma di profilassi a spese del SSN, dopo la seconda pubblicazione in settembre 2023 di una seconda determina, ancora lontana dalle linee guida emesse da OMS, è stata finalmente emanata dal Ministero della Salute al CTS la richiesta di rielaborare il testo in modo congruo con quelli pubblicati negli altri paesi EMA.

I cambiamenti che abbiamo proposto all'AIFA dovrebbero essere accettabili, equitativi e inclusivi, ma vedremo quali concetti si perderanno nel percorso approvativo.

I tempi di somministrazione della PrEP, notevolmente diversi da quelli indicati dall'OMS, i criteri di inclusione impossibili, rendevano la profilassi uno strumento gestibile a piacere dagli assessorati regionali.

Ci auguriamo che nel 2025 anche l'Italia possa usufruire almeno di uno strumento di prevenzione, mentre almeno altri tre sono in arrivo o in uso in altri paesi.

Ricca di studi post hoc, di metastudi, molte interpretazioni, ma poca ermeneutica, Glasgow ci ha svelato innovazioni scientifiche promettenti sia nella terapia che nella prevenzione. Speriamo possano essere aggiunte a breve all'armamentario attualmente disponibile.

VERSO LA CURA

Il concetto, lanciato già anni fa, non ha ancora trovato risposte univoche. Una strada promettente è quella degli **anticorpi neutralizzanti (bNAbs)**, che si riferisce alla capacità di questi anticorpi di neutralizzare diversi ceppi virali dell'HIV.

Gli anticorpi neutralizzanti possono funzionare come antivirali, ma possono anche innescare il sistema immunitario per controllare il virus e, secondo Lewin, capire i meccanismi **bNAbs** è il primo step verso la cura. I bNAbs, che sono specifici dell'HIV, funzionano legandosi al virus ed eliminandolo, rafforzando allo stesso tempo il sistema immunitario in modo da controllare il virus nascosto nelle cellule della memoria del sistema immunitario. Attivano, quindi, le risposte CD4 e CD8 per eliminare l'HIV.

Ma l'effetto è stato osservato solo in un sottogruppo di partecipanti e la durata del controllo non è completa in quanto valuta i partecipanti solo fino a 24 settimane senza ART. L'uso degli anticorpi è, quindi, ancora in una fase preliminare di cui speriamo vedere la fine presto.

TERAPIA

LA PRIMA COMBINAZIONE DI ARV UNA VOLTA ALLA SETTIMANA

Appena presentata alla **Conferenza HIV DRUG THERAPY** di Glasgow una combinazione orale una volta alla settimana di due antiretrovirali, **islatravir e lenacapavir**, che ha mantenuto alti tassi di soppressione virale 48 settimane.

Islatravir è il primo inibitore nucleosidico della traslocazione inversa (NRTI). I primi studi sul farmaco, tre anni fa, avevano scoperto che il dosaggio usato per provare l'efficacia a lungo termine causava la soppressione dei linfociti e delle cellule CD4; quindi, Merck ha continuato lo sviluppo del farmaco a dosi più basse per periodi meno prolungati. La sua lunga emivita ha dimostrato che islatravir può essere somministrato una volta alla settimana. I dati di farmacocinetica indicano che non c'è soppressione dei linfociti alla dose di 2 mg.

Lenacapavir è il primo inibitore capsidico e potrà essere iniettato per via sottocutanea, consentendo la somministrazione semestrale già approvata nel 2022. Approvato per il trattamento di persone con HIV altamente resistenti che non possono costruire un regime antiretrovirale in altro modo. I partecipanti, solo 104 adulti virologicamente soppressi con

B/F/TAF sono stati randomizzati per passare alla combinazione una volta alla settimana o continuare a prendere B/F/TAF. Tutti con almeno 900 cd4 e senza storia di HBV. Il 94% degli Intent to Treat a 48 settimane è rimasto con viremia soppressa.

Nessuna persona che ha partecipato allo studio ha dovuto interrompere la terapia a causa degli effetti dei farmaci. La risposta immunitaria analoga nei due bracci. Età mediana dei partecipanti 40 anni.

Sono in corso due studi di fase 3 della combinazione. ISLEND-1 confronterà islatravir / lenacapavir con B/F/TAF in persone virologicamente sopresse; ISLEND-2 confronterà islatravir / lenacapavir con i regimi di due o tre farmaci in persone virologicamente sopresse. (A.E Colson. *Islatravir una volta alla settimana più lenacapavir in PWH virologicamente sopresse, Glasgow 2024, abs O1*)

LENACAPAVIR E ANTICORPI NEUTRALIZZANTI

In 32 persone con soppressione virale in atto, di età media 48 anni e 990 CD4, sono state sperimentate due combinazioni di lenacapavir con due anticorpi monoclonali dal nome impronunciabile (si userà sempre la sigla TAB e ZAB) a due diversi dosaggi. A 26 settimane, nessuna persona cui è stata somministrata la combinazione in studio al dosaggio più alto, ha avuto carica virale maggiore di 50 copie e non vi è stato alcun rebound virale. Riscontrato come effetto collaterale solo l'indurimento al sito ove è stata iniettata la sottocutanea di Len. La condizione, spiegano gli sperimentatori, per il successo di questa nuova associazione di farmaci è che vi sia suscettibilità a uno o ambedue gli anticorpi monoclonali e non tutte le persone con HIV rispondono a questa condizione. (J.J. Eron, O23)

STUDIO DOLCE

Uno studio sull'uso di dolutegravir e lamivudina in persone naïve con viremia alta e CD4 <200 ha confermato il successo virologico del regime simile a quello di una triplice terapia in 230 partecipanti. Oltre all'efficacia, lo studio ha anche confermato l'assenza di effetti collaterali (P. Cahn O27).

Prevenzione: STUDIO PRIDOX

Lo studio, che ha sperimentato l'efficacia di doxiciclina come PEP, ha dimostrato che la metodica è stata ben accettata come parte della strategia di prevenzione delle IST, riducendone significativamente l'incidenza con una buona tolleranza. I dati dimostrano l'efficacia e la sicurezza di questa strategia in un contesto reale. L'impatto di DoxyPEP sulla comparsa di germi multiresistenti o di resistenza ai batteri della gonorrea è stato inferiore alle attese. Tuttavia, il suo impatto sulla resistenza batterica e sul microbiota richiede un'ulteriore valutazione. La doxiciclina è un antibiotico basilare per le vie respiratorie e particolare attenzione va posta su questo aspetto, soprattutto in un periodo ove si studiano strategie per combattere l'antibiotico-resistenza, problema critico per le persone con HIV. (JM Molina, ANRS, O25)

CALL TO ACTION

Nadir aderisce a due chiamate all'azione della società civile.

- **La prima è stata promossa da Cittadinanzattiva per rispondere alla mancanza di servizi sanitari essenziali denunciata da alcune Organizzazioni di persone con patologie diverse.**
- **La seconda chiamata all'azione è indirizzata ai nuovi europarlamentari per porre fine alla guerra contro la droga.**



Cittadinanzattiva ha presentato un esposto alle **Procure Regionali della Corte dei conti**, per chiedere conto della spesa sanitaria erogata attraverso i **LEA** alle regioni.

I **LEA** contengono le regole che garantiscono l'attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, perché danno a tutti i cittadini il diritto fondamentale alla salute attraverso Livelli Essenziali di

Assistenza omogenea nel Paese. Chiunque, con qualunque motivazione, ne ha impedito per anni o dovesse impedirne ancora il rispetto, opera a danno dei cittadini e a discapito dell'interesse generale. "Su questo non ammetteremo più alcun indugio, tanto meno da parte delle istituzioni corresponsabili dell'attuazione della Costituzione" afferma Anna Lisa Mandorino, segretario Generale assistita dagli avvocati Maria Paola Costantini e Monia Mancini.

Cittadinanzattiva con venti organizzazioni di cittadini si riferisce all'utilizzo dei **3 miliardi e 446 milioni di euro** erogati, dal 2016 al 2023, dallo Stato alle Regioni affinché queste ultime garantissero ai cittadini dei rispettivi territori, le prestazioni sanitarie previste dai Lea del 2017, a tutt'oggi non ancora esigibili.

Nell'esposto, si chiede chiarezza e una rendicontazione puntuale su come i fondi, destinati all'entrata in vigore dei Lea, siano stati effettivamente utilizzati, sulla legittimità di un eventuale "spostamento di uso", sulla effettiva sussistenza delle ragioni addotte per ritardare l'applicazione del DPCM 12 gennaio 2017.

Temiamo sia compreso anche il **Piano Nazionale AIDS** che l'attuale ministro della Salute dà per esegui-

to in Senato, mentre le Organizzazioni HIV non hanno visto alcun miglioramento nell'erogazione di fondi.



Invito ai nuovi europarlamentari

Sono **56 le Organizzazioni europee** che chiedono agli eurodeputati di porre fine alla guerra alla droga. Già da oltre 15 anni il Fondo Globale e l'**OMS** richiamano l'Italia a rivedere le proprie politiche in tal senso.



EATG sostiene le raccomandazioni della **Coalition PLUS** per i futuri membri



del Parlamento Europeo sulla fine della guerra alla droga in Europa e nel mondo.

In vista delle elezioni europee del 6 giugno 2024, **Coalition PLUS**, in collaborazione con le sue organizzazioni partner in Europa, pubblica un manifesto con raccomandazioni dettagliate per i futuri membri del Parlamento europeo. Chiediamo un riorientamento della politica sulla droga, incentrato sulla salute pubblica, sulla depenalizzazione e sul rispetto dei diritti fondamentali, con l'obiettivo di eliminare le pratiche discriminatorie e repressive.

Questo il link per accedere al manifesto, disponibile in inglese, francese, spagnolo, portoghese e rumeno:

<https://www.eatg.org/endorsements-and-sign-ons/coalition-plus-56-organisations-call-on-meps-to-end-the-war-on-drugs/>

DATI EPIDEMIOLOGICI 2023

DISCLOSURE del Ministero della Salute

Il 22 novembre, e con un certo ritardo rispetto a quella di consuetudine, il Ministero della Salute ha sollevato l'embargo sulla diffusione dei dati epidemiologici HIV 2023.

Come ogni anno, l'**Istituto Superiore di Sanità, Centro Operativo AIDS (ISS, COA)** raccoglie le schede sulle nuove diagnosi di HIV. Lo scorso maggio, infatti, il **COA** ha iniziato, con l'aiuto del **CTS**, ad analizzare i dati ricevuti dalle regioni, poi pubblicati sul **Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, voi. 37, n.11, novembre 2024**

Nadir ha realizzato tre video interviste alla **prof. Barbara Suligoi, Direttore del COA**, che ringraziamo per la condivisione e discussione dei dati.

La prima intervista mette a fuoco le nuove diagnosi di HIV; le altre due, pur essendo collegate, si centrano sulle nuove diagnosi di 1ST raccolte dalla **SIMaST**.

La percentuale di persone che scopre di avere l'HIV durante la coinfezione con una 1ST dovrebbe sconcertare le istituzioni che bloccano l'innovazione della **Proposta di Legge A.C.218**, elaborata e dimenticata in un cassetto della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.



Le videointerviste sono reperibili sul sito di Nadir
www.nadironlus.org



N.100 INVERNO 2024

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 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 presenti in questo numero 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 il nostro sito www.nadironlus.org

oppure scrivendo a redazione@nadironlus.org

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

Questa iniziativa è stata resa possibile grazie al contributo non condizionante di Gilead Sciences

