



**GIORNATA MONDIALE
LOTTA ALL' AIDS**

1° Dicembre 2015

LOTTA CONTRO L'AIDS

TEMPO DI BILANCI

a cura del CeSDA

Dossier Cesda 2015



Servizio Sanitario della Toscana

Azienda sanitaria di Firenze
Dipartimento delle Dipendenze

CeSDA

Centro studi, ricerca documentazione dipendenze e AIDS

Via S.Salvi,12 - 50135 Firenze

www.cesda.net

Responsabile

Dott.ssa Paola Trotta

Staff

Anna Borselli

Andrea Cagioni

Paola Regoli

Silvia Ritzu

Alba Russo

Si ringrazia per la gentile collaborazione:

ARS - Agenzia Regionale di Sanità

Mariella Orsi, consulente scientifico CeSDA

Laura Ulivieri, curatrice del Bollettino del Dipartimento Dipendenze ASF



Ogni anno per la **Giornata internazionale di lotta contro l'Aids** viene tradizionalmente coniato uno slogan, per focalizzare l'attenzione su un particolare aspetto della patologia. Nel 2010 si è deciso che lo slogan sarebbe rimasto lo stesso fino al 2015: ***Getting to Zero - Arrivare a Zero: zero nuove infezioni, zero discriminazioni e zero morti Aids correlate***. Il mondo si è impegnato a fermare la diffusione di Hiv/Aids entro il 2015. Si può fare! Anche in Italia.

Lo slogan *Getting to Zero* riguarda tutti e richiede a ogni nazione un impegno convincente dentro e fuori i propri confini, per prevenzione, cura, sostegno. E per la difesa dei diritti civili, compresi il diritto alla salute per tutti e alla non discriminazione per le persone sieropositive. La Giornata internazionale di lotta contro l'Aids non è solo commemorazione: è capacità di guardare al futuro. Negli Usa si sono dati uno slogan ulteriore, più specifico: *Working Together for an AIDS-Free Generation* (lavorare insieme per una generazione libera da Hiv/Aids).

Zero nuove infezioni Una notizia importante per l'Italia è che quest'anno, finalmente, per la prima volta forse avremo dati certi, reali, e non solo stime, sull'andamento dell'epidemia nel nostro paese. Pare infatti che sia stato completato il sistema nazionale di sorveglianza sulle nuove infezioni da Hiv, finora rimasto parziale. Se fino ad oggi la stima dell'Istituto superiore di Sanità è stata di circa 4000 infezioni per ogni anno, ora sapremo se questo dato corrisponde alla realtà. Sapremo anche se davvero la Lombardia, come si sospetta da sempre, è davvero la regione più colpita. Ci aspettiamo di avere dati più precisi anche sulle popolazioni più colpite, sulle modalità di trasmissione, sulla percentuale di coloro i quali scoprono di avere l'Hiv solo quando ricevono una diagnosi di Aids.

Zero discriminazioni Anche quest'anno non sono mancate le segnalazioni su discriminazioni che colpiscono in uno dei luoghi più importanti per la vita delle persone: il mondo del lavoro. Abbiamo denunciato pubblicamente l'episodio più grave: l'inserimento in tutti, ma proprio tutti, i bandi del ministero della Difesa della richiesta di un test Hiv negativo. Non esistono motivi reali per l'esclusione per le persone che vivono con l'Hiv da qualsiasi mansione (anche civile, visto che esiste un bando con veto anche per il concorso per volontario in ferma annuale, passaggio oggi obbligato per chi voglia entrare in polizia o nei vigili del fuoco). Esistono invece leggi, nazionali e internazionali, che affermano che tale esclusione non ha fondamento e non è possibile, e che andrebbero rispettate.

Zero morti Aids correlate L'Hiv è ricomparso tra gli obiettivi di piano, nella proposta di riparto fondi sanitari del 2012, dopo anni di assenza dall'agenda del ministero della Salute. Di ciò va dato non poco merito alle associazioni che per anni l'hanno rivendicato, nella Consulta nazionale Aids e attraverso il Forum della società civile su Hiv/Aids, costituito nel 2011 durante la Conferenza internazionale sull'Aids di Roma. E' un timido passo avanti, ma anche un'occasione sprecata, dato che la linea progettuale individuata dal ministero riguarda la sola diagnosi di infezione da Hiv. Nulla va alla prevenzione. Per quanto la diagnosi precoce sia importante per le persone con Hiv, la priorità resta infatti *evitare* nuove infezioni. Per la salute delle persone e anche delle casse statali, dati i costi delle terapie. Molto più alti dei costi dei preservativi, maschili e femminili, che questo Paese si ostina a non rendere adeguatamente disponibili, soprattutto per le nuove generazioni, sebbene oltre l'80 per cento delle nuove infezioni sia dovuto a trasmissione sessuale

LE TENDENZE DELLA LOTTA ALL'HIV NEL PERIODO 2011-2015

E' tempo di bilanci per il piano quinquennale 2011-2015 di UNAIDS.

Il 10 giugno 2011 l'Assemblea Generale dell'ONU adottò una Dichiarazione politica sull'HIV-AIDS che indicava 10 obiettivi prioritari per assicurare l'accesso universale alla prevenzione, alle cure e al sostegno entro il 2015. Appare oggi chiaro che non solo l'accesso universale alla prevenzione, alle cure e al sostegno non è stato raggiunto, ma che appare di difficile e lontana realizzazione, in primo luogo a causa delle disuguaglianze esistenti fra macro-aree regionali in termini di finanziamenti, politiche socio-sanitarie, efficacia delle campagne di prevenzione e dei servizi di riduzione del danno, leggi di tutela e per l'affermazione dei diritti per le persone sieropositive e per i gruppi più vulnerabili. Dal punto di vista degli obiettivi specifici – dal dimezzamento delle infezioni da HIV per via sessuale alla prevenzione delle nuove infezioni nella popolazione che fa uso di droghe per via iniettiva - che dovevano essere raggiunti entro la fine del 2015 (consultabili al seguente link <http://www.unaids.org/en/aboutunaids/unaidsstrategygoalsby2015>), è possibile concludere che per molti di essi i risultati sono stati raggiunti in modo parziale.

Il documento di UNAIDS "*How AIDS changed everything. MGD 6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response*", link http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf, permette di fare la storia e un bilancio complessivo delle campagne globali di contrasto all'HIV e all'AIDS a partire dagli anni '80.

La maggioranza degli obiettivi dell'ultimo piano quinquennale sono comunque stati raggiunti, del tutto o in parte, alcuni anche in anticipo, come l'obiettivo di dare accesso alle terapie anti-retrovirali a 15 milioni di persone sieropositive e il dimezzamento di nuove infezioni in 25 paesi a basso e medio reddito dal 2001.

Anche dal punto di vista della prevenzione, ad esempio per le circoncisioni maschili, si sono registrati importanti avanzamenti: un totale di 6 milioni di uomini si era sottoposto volontariamente a circoncisioni entro il 2013 in 14 paesi ad alta priorità. Per quanto concerne il quadro relativo alle nuove infezioni HIV nei bambini, il bilancio appare assai più ambivalente: nel 2012 vi era una diminuzione del 31% rispetto al 2009 di nuove infezioni fra i bambini, che però continuano a registrare uno scarso accesso alle terapie anti-retrovirali, dato che solo il 32% ne gode. Sul fronte della lotta alle discriminazioni che colpiscono le persone con HIV, vi è stata una diminuzione dei paesi che mantengono restrizioni di vario tipo per le persone sieropositive, passati dai 59 stati del 2008 ai 38 del 2014.

Progressi importanti sono stati raggiunti a favore delle fasce di popolazione più vulnerabili, come *sex worker*, tossicodipendenti, omosessuali, bisessuali, *transgender*, alle quali la Dichiarazione politica del 2011 per la prima volta si è indirizzata come sotto-gruppi chiave per la risposta all'HIV, dedicando apposite linee-guida.

Tuttavia, è possibile constatare nel 2015 che questi sotto-gruppi rimangono altamente vulnerabili alle nuove infezioni e discriminati nella fruizione delle terapie, a causa dell'esistenza di leggi discriminatorie, di limitazioni nell'accesso ai servizi di prevenzione e di riduzione del danno e, in generale nel mancato riconoscimento dei diritti sociali. Anche l'obiettivo del dimezzamento delle infezioni nella popolazione tossicodipendente si trova, di fatto, fortemente ostacolato in molti paesi dal permanere di leggi, stigma, discriminazioni agite in modo selettivo contro i tossicodipendenti.

Per la fine del 2020, l'obiettivo da raggiungere su scala globale è sintetizzato dal numero "90", che indica l'obiettivo di 90% di persone che vivono con HIV conoscano il loro status di sieropositività, che il 90% delle persone sieropositive abbiano accesso alle terapie anti-retrovirali e che il 90% delle persone in trattamento abbiano soppresso la carica vitale e godano di buone condizioni di salute.

2000-2014:**UN BILANCIO SUI PROGRESSI NELLE CURE E NELLA PREVENZIONE ALL'HIV E AIDS**

Gli importanti progressi registrati nell'aumento della copertura delle terapie anti-retrovirali per le persone che vivono con l'HIV sono testimoniati da alcune statistiche. Nel giugno 2015, il numero di persone sieropositive che hanno avuto accesso alle terapie anti-retrovirali ha raggiunto quota 15.8 milioni, contro 13.6 milioni del giugno 2014. Nel 2014 il 41% degli adulti con HIV ha avuto accesso ai trattamenti, contro il 23% del 2010; è stato ancora più ampio il miglioramento per i bambini, in quanto nel 2014 il 32% dei bambini da 0 a 15 anni ha accesso ai trattamenti, contro il 14% del 2010. Anche rispetto alle nuove infezioni da HIV, la tendenza è positiva poiché nel periodo 200-2014 il calo è stato del 35%; se nel 2014 il numero di persone che sono diventate sieropositivo è stato pari a circa 2 milioni, nel 2000 era di 3.1 milioni. Nello stesso periodo, il numero di bambini infetti è sceso da 520.000 a 220.000 unità. Un altro gruppo su cui si registrano significativi miglioramenti nella copertura delle cure è rappresentato dalle donne incinte sieropositive, di cui nel 2014 il 73% aveva accesso alle terapie anti-retrovirali. Nel periodo 2000-2014, le nuove infezioni fra neonati sono così scese del 58%. Un altro importante indicatore che attesta i progressi registrati dalle cure e dai programmi di prevenzione è il numero di morti correlate all'AIDS. Nel 2014, rispetto all'anno (2004) in cui si è registrato il numero massimo di morti correlate all'AIDS, la diminuzione è stata del 42%. Una diminuzione altrettanto significativa vale per le morti correlate alla tubercolosi nelle persone con HIV, scesa nel 2014 del 33% rispetto al 2004. Essendo la tubercolosi la prima causa di morte per le persone sieropositive –si stima che è responsabile di un 1/5 dei decessi di persone con HIV-, è positivo il fatto che nel 2013 la percentuale, fra le persone con HIV positive alla tubercolosi, di soggetti che hanno iniziato o che continuano terapie anti-retrovirali ha raggiunto il 70%, contro il 60% del 2012. Infine, altri due importanti indicatori mostrano tendenze positive. Il numero di persone sieropositive è in aumento costante dal 2000, e alla fine del 2014 è risultato pari a 36.9 milioni, a testimoniare la maggiore copertura su scala globale delle terapie anti-retrovirali e la maggiore efficacia dei nuovi trattamenti. Inoltre, anche il numero di nuove infezioni è in diminuzione dal 2000 e nel 2014 ha raggiunto il valore più basso (2.000.000 di persone) da quando sono disponibili le statistiche su scala globale.

TABELLA 1- Tendenze globali HIV nel 2014

	Persone che vivono con HIV	Totale di nuove infezioni	Nuove infezioni (adulti)	Nuove infezioni (minori)	Morti correlate all'AIDS	Persone che hanno accesso ai trattamenti
2000	28.600.000	3.100.000	2.600.000	520.000	1.600.000	
2001	29.700.000	3.000.000	2.500.000	530.000	1.700.000	
2002	30.500.000	2.900.000	2.400.000	530.000	1.800.000	
2003	31.200.000	2.800.000	2.300.000	530.000	2.000.000	
2004	31.600.000	2.700.000	2.200.000	520.000	2.000.000	
2005	32.000.000	2.700.000	2.200.000	500.000	2.000.000	
2006	32.400.000	2.600.000	2.100.000	490.000	2.000.000	
2007	32.900.000	2.500.000	2.100.000	470.000	1.900.000	
2008	33.300.000	2.400.000	2.000.000	450.000	1.700.000	
2009	33.800.000	2.400.000	2.000.000	400.000	1.700.000	6.100.000
2010	34.400.000	2.300.000	2.000.000	360.000	1.600.000	7.500.000
2011	34.900.000	2.300.000	1.900.000	330.000	1.500.000	9.400.000
2012	35.900.000	2.200.000	1.900.000	280.000	1.400.000	11.400.000
2013	36.200.000	2.100.000	1.800.000	250.000	1.300.000	13.000.000
2014/ 2015	36.900.000	2.000.000	1.800.000	220.000	1.200.000	14.900.000

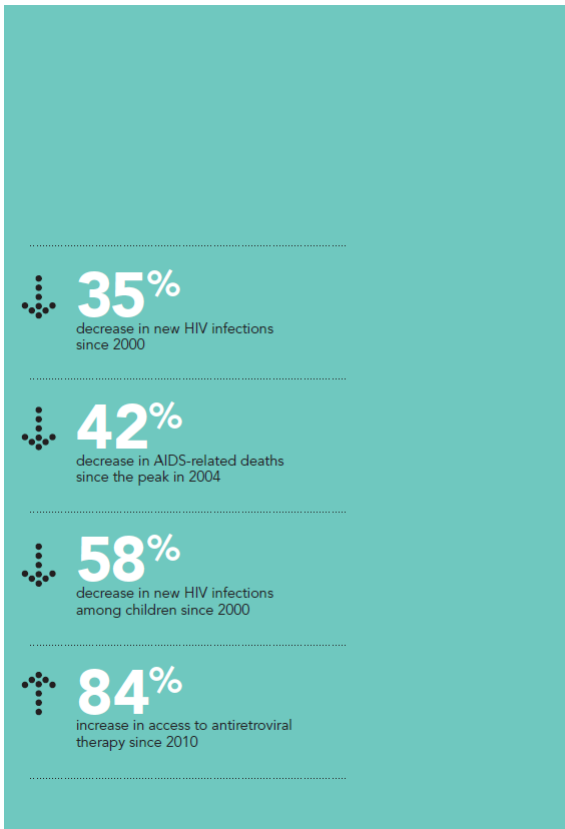
LE DISPARITA' REGIONALI

Due fra i maggiori problemi che continuano a rappresentare una sfida irrisolta per le politiche di salute globale sull'HIV-AIDS sono da una parte la sovra-esposizione all'HIV per le popolazioni a rischio, e dall'altra il persistere di gravi disuguaglianze fra macro-regioni. Come mostra la tabella, tutti e tre gli indicatori (numero di persone sieropositive, numero di nuove infezioni, numero di morti correlate all'AIDS) riferiti al 2014 testimoniano enormi disparità fra regioni del mondo. In particolare, l'Africa sub-sahariana rimane di gran lunga la macro-regione dove vive il maggior numero di persone sieropositive, dove si ha il massimo numero di nuove infezioni e di morti correlate all'AIDS, seguita dalla macro-regione dell'Asia e del Pacifico. Sommando il numero di persone sieropositive, di nuove infezioni, di morti correlate all'AIDS registrate nelle due macro-regioni nel corso del 2014, esse sono pari a circa l'80%-90% del totale.

TABELLA 2- Dati regionali HIV nel 2014

Regione	Persone che vivono con HIV, 2014	Totale di nuove infezioni, 2014	Morti correlate all'AIDS, 2014
Africa sub-sahariana	25.800.000	1.400.000	790.000
Asia e Pacifico	5.000.000	340.000	240.000
America latina	1.700.000	87.000	41.000
Caraibi	280.000	13.000	8.800
Medio Oriente e nord Africa	240.000	22.000	12.000
Europa dell'est e Asia centrale	1.500.000	140.000	62.000
Europa nord occidentale e Nordamerica	2.400.000	85.000	26.000
Globale	36.900.000	1.800.000	1.200.000

Fonte: UNAIDS, *How AIDS changed everything, fact sheet*, 2015 p. 7.



The world has halted and reversed the spread of HIV. The epidemic has been forced into decline. New HIV infections and AIDS-related deaths have fallen dramatically since the peak of the epidemic. Now the response is going one step further—ending the AIDS epidemic by 2030.

15.8
million people living with HIV were accessing antiretroviral therapy as of June 2015.

15.8 million on treatment

In 2014, 36.9 million people were living with HIV. The number of people living with HIV continues to increase, in large part because more people globally are accessing antiretroviral therapy and as a result are living longer, healthier lives. As of June 2015, 15.8 million people were accessing treatment. At the same time, even though new HIV infections have declined, there is still an unacceptably high number of new HIV infections and AIDS-related deaths occurring each year. In 2014, around 2 million people were newly infected with HIV and 1.2 million people died of AIDS-related illnesses.

Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals

The world has exceeded the AIDS targets of Millennium Development Goal (MDG) 6, halting and reversing the spread of HIV, and more and more countries are getting on the Fast-Track to end the AIDS epidemic by 2030 as part of the Sustainable Development Goals (SDGs).

New HIV infections have fallen by 35% since 2000 (by 58% among children) and AIDS-related deaths have fallen by 42% since the peak in 2004. The global response to HIV has averted 30 million new HIV infections and nearly 8 million (7.8 million) AIDS-related deaths since 2000, when the MDGs were set.

Ensuring access to antiretroviral therapy for 15.8 million people is an achievement deemed impossible 15 years ago. In 2000, fewer than 1% of people living with HIV in low- and middle-income countries had access to treatment. In 2014, the global coverage of people receiving antiretroviral therapy was 40%.

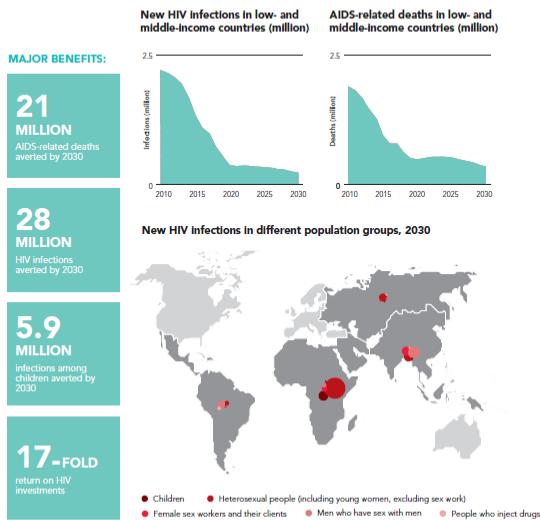
But HIV continues to shine a harsh light on the inequalities of the world. AIDS is unfinished business.

The case for change is compelling and commanding. Significant gaps and shortcomings of the response must be rectified. Accelerating the AIDS response in low- and middle-income countries could avert 28 million new HIV infections and 21 million AIDS-related deaths between 2015 and 2030, saving US\$ 24 billion annually in additional HIV treatment costs.

The next phase of the AIDS response must account for new realities, opportunities and evidence, including a rapidly shifting context and a new sustainable development agenda. The AIDS response has a single priority for the next 15 years: ending the AIDS epidemic by 2030.

Results to be achieved by getting on the Fast-Track

Rapid scale-up of essential HIV prevention and treatment approaches will enable the response to outpace the epidemic.



UNAIDS Fast-Track

To take the AIDS response forward, UNAIDS has developed a Fast-Track approach to reach a set of time-bound targets by 2020. The targets include 90% of all people living with HIV knowing their HIV status, 90% of people who know their HIV-positive status having access to treatment and 90% of people on treatment having suppressed viral loads. They also include reducing new HIV infections by 75% and achieving zero discrimination.

Of the 36.9 million people living with HIV globally 17.1 million do not know they have the virus and need to be reached with HIV testing services, and around 22 million do not have access to HIV treatment, including 1.8 million children.

At current levels, there will be a gap of US\$ 9 billion globally between the resources available today and the resources needed to reach the UNAIDS 2020 Fast-Track Targets. The annual global cost of attaining the Fast-Track Targets will reach a peak of US\$ 31.1 billion in 2020. After 2020, resource needs will start to decline.

Over the next five years the AIDS response requires front-loading investments and increasing the diversity of investment, innovative delivery mechanisms and partnerships to ensure that no one is left behind, especially adolescents, young people and key populations.

The Fast-Track approach combined with a social justice agenda that puts people first and ensures that their sexual and reproductive health and rights needs are fully respected and met will be unstoppable.

If the world does not act to break the epidemic by 2020, it could rebound to levels seen 10 years ago.

Location-population

The Fast-Track approach may be guided at the national level, but it is realized at the local level. Fast-Track requires cities, towns and communities to take charge of their HIV responses by analysing the nature of their epidemic and then using a location-population approach to focus their resources on evidence-informed high-impact programmes in the geographical areas and among the populations in greatest need.

The key is to do the right things at the right place, for the right people and in the right way.

Ending the AIDS epidemic by 2030—UNAIDS 2016–2021 Strategy

With the SDGs, the world has committed to end the AIDS epidemic by 2030. This ambitious yet wholly attainable objective represents an unparalleled opportunity to change the course of history for ever.

The UNAIDS 2016–2021 Strategy is one of the first in the United Nations system to be aligned to the SDGs, which set the framework for global development policy over the next 15 years, including ending the AIDS epidemic by 2030.

This is an exciting time in the AIDS response. The world is building momentum towards a sustainable, equitable and healthy future for all.

36.9
million people living with HIV globally in 2014

22
million people who need to be reached with antiretroviral therapy

17.1
million people living with HIV do not know they have the virus

Snapshot of the regions

New HIV infections

Sub-Saharan Africa



In sub-Saharan Africa, there were an estimated 1.4 million new HIV infections in 2014. **A drop of 41% since 2000.**

2000 2.3 million [2.2 million–2.4 million]
2014 1.4 million [1.2 million–1.5 million]

Caribbean



In the Caribbean, the number of new HIV infections fell by half between 2000 and 2014.

2000 27 000 [21 000–31 000]
2014 13 000 [9 600–17 000]

Middle East and North Africa



In the Middle East and North Africa, the estimated number of people acquiring HIV rose by 26% between 2000 and 2014.

2000 18 000 [12 000–23 000]
2014 22 000 [13 000–33 000]

AIDS by the numbers

Latin America



In Latin America, the number of new HIV infections in 2014 was 17% lower than in 2000.

2000 100 000 [88 000–120 000]
2014 87 000 [70 000–100 000]

Western and central Europe and North America



The number of new infections has remained fairly stable since 2000.

2000 87 000 [53 000–130 000]
2014 85 000 [48 000–130 000]

Eastern Europe and central Asia



In eastern Europe and central Asia, new infections rose by 30% between 2000 and 2014.

2000 100 000 [90 000–120 000]
2014 140 000 [110 000–160 000]

Asia and the Pacific



HIV infections declined by 31% in Asia and the Pacific.

2000 500 000 [440 000–590 000]
2014 340 000 [240 000–480 000]

AIDS by the numbers 9

Snapshot of the regions

AIDS-related deaths

Sub-Saharan Africa



There were an estimated 34% fewer AIDS-related deaths in sub-Saharan Africa in 2014 than in 2000.

2000 1.2 million [1 million–1.5 million]
2014 790 000 [670 000–990 000]

Caribbean



Between 2000 and 2014 the number of AIDS-related deaths in the region fell by more than half.

2000 18 000 [12 000–28 000]
2014 8800 [5700–13 000]

Middle East and North Africa



In the Middle East and North Africa, the estimated number of AIDS-related deaths more than trebled between 2000 and 2014.

2000 3 600 [1 600–7 100]
2014 12 000 [5300–24 000]

AIDS by the numbers

Latin America



AIDS-related deaths have decreased by 31% in Latin America.

2000 60 000 [43 000–120 000]
2014 41 000 [30 000–82 000]

Western and central Europe and North America



From 2000 to 2014, AIDS-related deaths fell by 12%.

2000 29 000 [12 000–96 000]
2014 26 000 [11 000–86 000]

Eastern Europe and central Asia



The number of AIDS-related deaths in the region more than trebled between 2000 and 2014.

2000 20 000 [11 000–45 000]
2014 62 000 [34 000–140 000]

Asia and the Pacific



AIDS-related deaths increased by 11% in Asia and the Pacific between 2000 and 2014. A downward trend started in 2005, however, totalling a 30% drop.

2000 220 000 [130 000–510 000]
2014 240 000 [140 000–570 000]

AIDS by the numbers 11

WE HAVE BENT THE

TRAJECTORY

OF THE AIDS EPIDEMIC

NOW WE HAVE **FIVE** YEARS TO **BREAK** THE EPIDEMIC

OR WE RISK THE EPIDEMIC **SPRINGING** BACK EVEN STRONGER



Fast-Track Targets

by 2020

90-90-90

Treatment

500 000

New infections among adults

ZERO

Discrimination

by 2030

95-95-95

Treatment

200 000

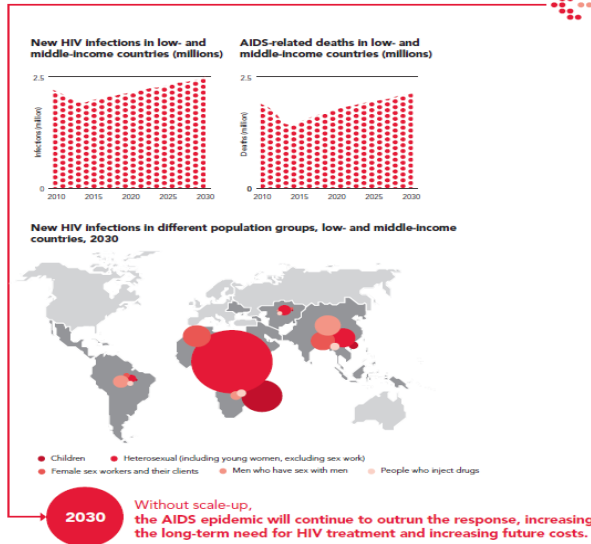
New infections among adults

ZERO

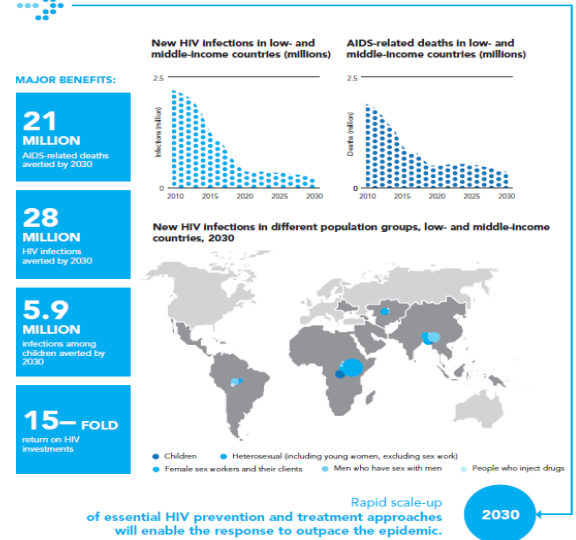
Discrimination

The Fast-Track

NO SCALE-UP—maintain 2013 coverage levels



RAPID SCALE-UP—achieve ambitious targets



HIV/AIDS in Toscana

Aggiornamento al 31 dicembre 2014

Monia Puglia e Fabio Voller

Osservatorio di epidemiologia - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Con Decreto Ministeriale del 1986 (n. 288 del 28/11/86) l'AIDS è divenuta, in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria e rientra nell'ambito delle patologie infettive di Classe III (DM del 15/12/90), ovvero è sottoposta a notifica speciale mediante la compilazione di un'apposita scheda che il medico segnalatore compila e trasmette sia all'Assessorato alla Sanità della Regione sia al Centro Operativo AIDS dell'ISS.

A partire dal secondo quinquennio degli anni Novanta, l'avvento di nuove terapie antiretrovirali combinate ha modificato la storia naturale e l'epidemiologia dell'infezione da HIV: il tasso di letalità è diminuito con conseguente riduzione del numero di persone che sviluppano la condizione di AIDS e aumento della prevalenza della sieropositività. Pertanto il registro AIDS non rappresenta più una fonte sufficiente per identificare i cambiamenti dell'infezione da HIV.

Per questo il Ministero della Salute ha istituito il Sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria.

Il sistema di sorveglianza prevede la notifica delle nuove diagnosi di HIV da parte dei medici delle Unità Operative di Malattie Infettive delle Aziende Sanitarie e l'Unità Operativa complessa Malattie Sessualmente Trasmissibili che compilano un'apposita scheda di notifica regionale e la trasmettono all' Osservatorio di epidemiologia di ARS che annualmente trasmette il database all'ISS.

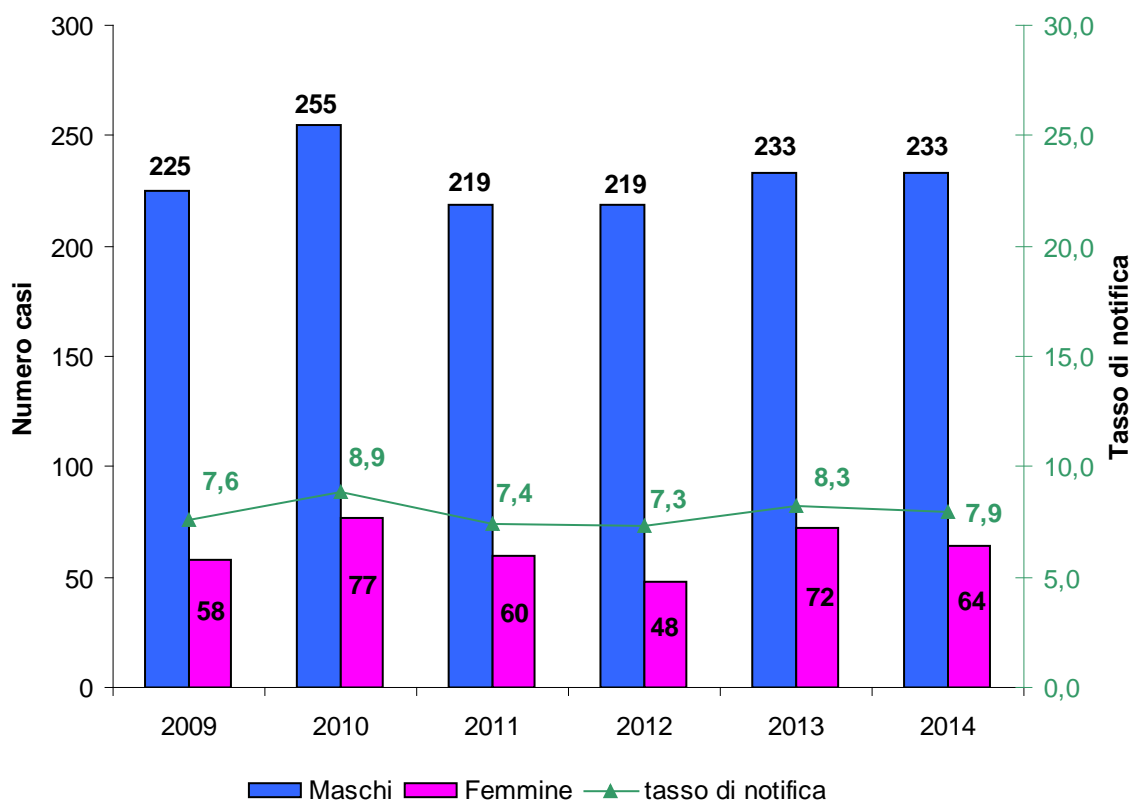
In Toscana il sistema di sorveglianza di entrambe le patologie è affidato all'Agenzia regionale di sanità, che dal 2004 gestisce il Registro Regionale AIDS (RRA) e dal 2009 la notifica delle nuove diagnosi di HIV.

L'ARS ha raccolto i principali risultati dei due sistemi di rilevazione nella pubblicazione In Cifre n.9 "HIV e AIDS in Toscana" novembre 2015 dove si descrive l'epidemiologia dell'HIV/AIDS in Toscana, dall'analisi dell'incidenza ai gruppi di popolazione più a rischio, dalle condizioni cliniche ed immunologiche dei pazienti alla terapia antiretrovirale. Per approfondimenti rispetto a quanto illustrato nel presente documento si rimanda alla pubblicazione scaricabile dal sito dell'ARS: www.ars.toscana.it

HIV

In 6 anni di sorveglianza sono state notificate in Toscana 1.763 nuove diagnosi di infezione da HIV (**Figura 1**) con un tasso di notifica di 7,9 per 100.000 residenti (maschi: 12,9; femmine: 3,3). L'andamento delle nuove diagnosi è costante negli anni: nel 2014 sono state segnalate 297 nuove diagnosi.

Figura 1 Numero di nuove diagnosi di HIV in Toscana e tasso di notifica (per 100.000 residenti) per genere ed anno di diagnosi. Anni 2009-2014



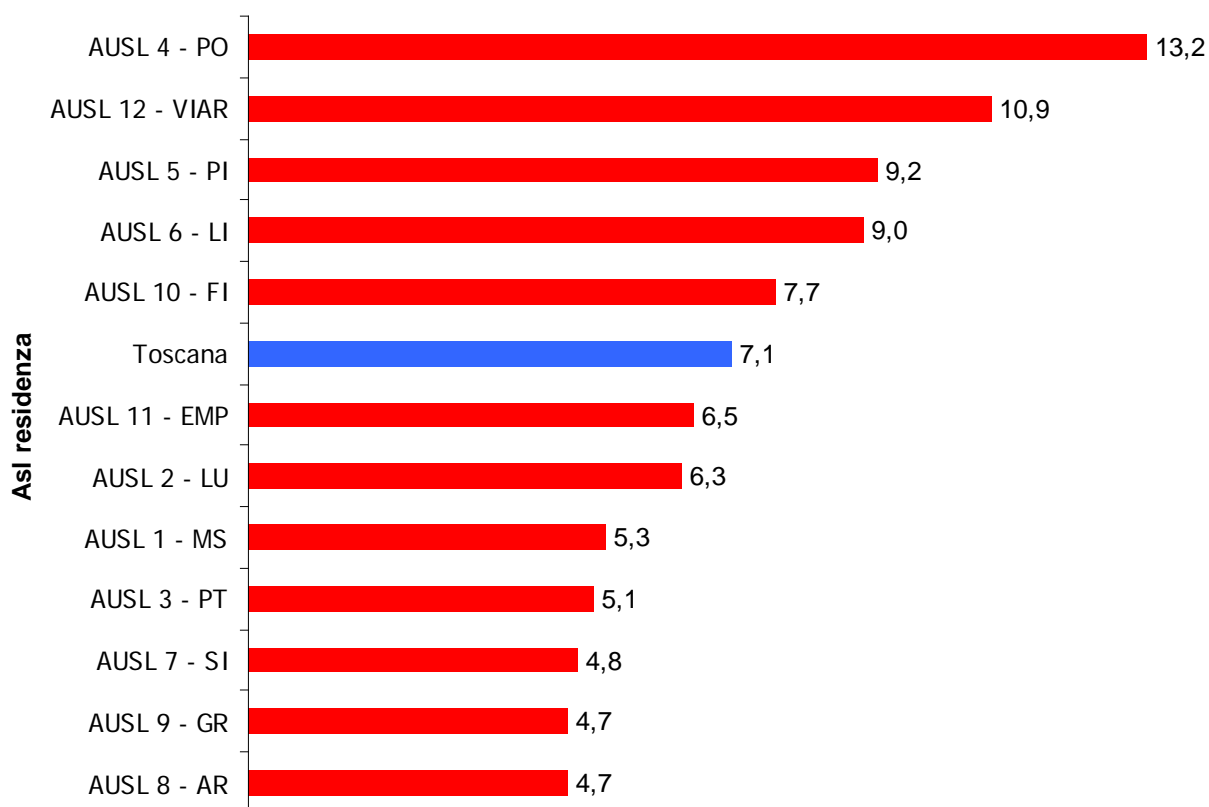
Il 78,5% dei casi notificati riguarda il genere maschile (rapporto maschi/femmina 3,6:1).

Le femmine sono più giovani alla diagnosi: scoprono la sieropositività tra i 20-39 anni, nelle età legate alla gravidanza. L'età minima, escludendo i casi a trasmissione verticale, è di 17 anni. I casi pediatrici, che presentano tutti modalità di trasmissione verticale tra madre e figlio, sono divenuti eventi rari, grazie alla terapia antiretrovirale somministrata alla madre sieropositiva e all'introduzione del test per HIV tra gli esami previsti nel libretto di gravidanza. Negli ultimi 6 anni i casi pediatrici sono stati 5. Nessun caso è stato segnalato negli ultimi 2 anni.

I pazienti con nazionalità straniera a cui viene diagnosticata una infezione da HIV sono 442 (il 25,2% del totale) ed hanno un tasso di notifica 3 volte superiore a quello degli italiani (19,9 per 100.000 residenti vs 6,5). I maschi provengono principalmente dal Brasile e le femmine dalla Nigeria.

Le diagnosi relative a residenti toscani sono state 1.647, di queste 50 sono state segnalate in strutture fuori regione. I residenti nelle AUSL di Prato, Viareggio, Pisa e Livorno presentano nell'ultimo triennio i tassi di incidenza più elevati (**Figura 2**).

Figura 2 Tasso di incidenza di HIV (per 100.000 residenti) per AUSL di residenza. Anni 2012-2014*



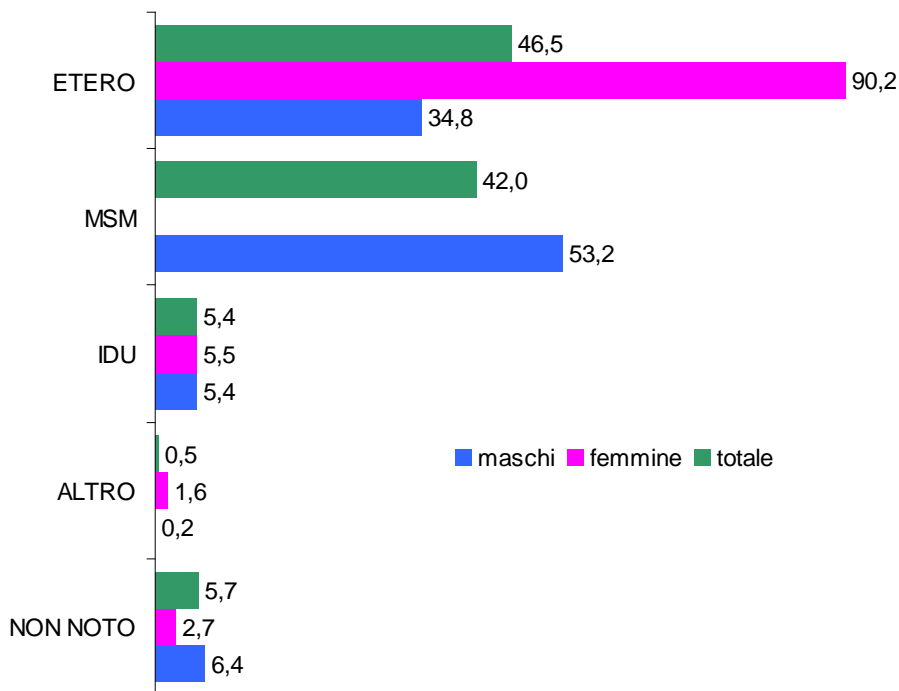
*il dato dei residenti toscani notificati fuori regione non è disponibile per il 2014

La maggioranza delle infezioni da HIV è attribuibile a contatti sessuali non protetti che costituiscono l'88,5% di tutte le segnalazioni. I rapporti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione nettamente più frequente per le donne (90,2%). Nei maschi il contagio è sia omosessuale che eterosessuale: 53,2% e 34,8% rispettivamente. Le persone che si sono infettate a causa dell'uso di droghe iniettive, sono intorno al 5% (**Figura 3**). La modalità di trasmissione eterosessuale è la modalità più frequente per gli ultra cinquantenni.

Un caso di HIV su 5 è già in AIDS conclamato al momento della diagnosi di sieropositività, il 54,8% è *Late Presenter* (LP) e il 37,1% è *Advanced HIV Disease* (AHD), ovvero si presenta alla prima diagnosi di sieropositività con un quadro immunologico già compromesso (**Figura 4**).

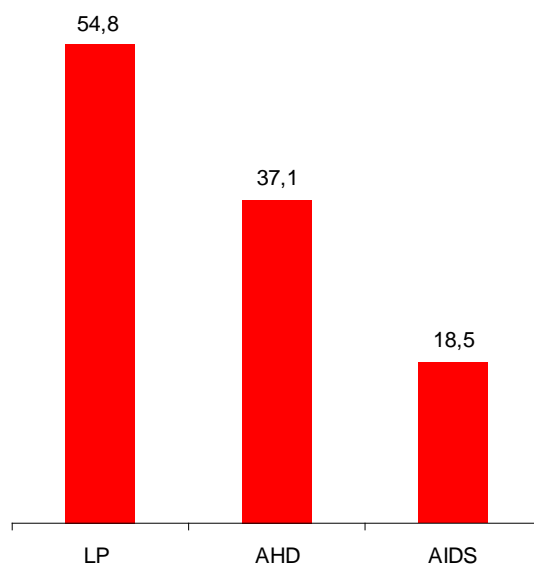
Le persone che scoprono di essere HIV positive in ritardo sono più frequentemente maschi, hanno un'età più avanzata ed hanno contratto l'infezione prevalentemente attraverso contatti eterosessuali. Una diagnosi tardiva dell'infezione HIV comporta, oltre ad un conseguente ritardo dell'inizio del percorso terapeutico, una ridotta efficacia della terapia, in quanto è più probabile che il paziente presenti infezioni opportunistiche che rischiano di compromettere l'effetto della terapia. Inoltre nei pazienti con infezione avanzata, il virus tende a replicarsi più velocemente, determinando un aumento della carica virale e un conseguente rischio di infezione.

Figura 3 Modalità di trasmissione dei casi adulti di HIV notificati in Toscana per genere. Anni 2012-2014



MSM: Maschi che fanno sesso con maschi; IDU: (Injection Drug Users) Uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa; Altro: ha ricevuto fattori della coagulazione/trasfusione, cellule staminali, contatto accidentale con sangue, ecc

Figura 4 Quadro clinico ed immunologico dei casi adulti di HIV notificati in Toscana. Anni 2012-2014



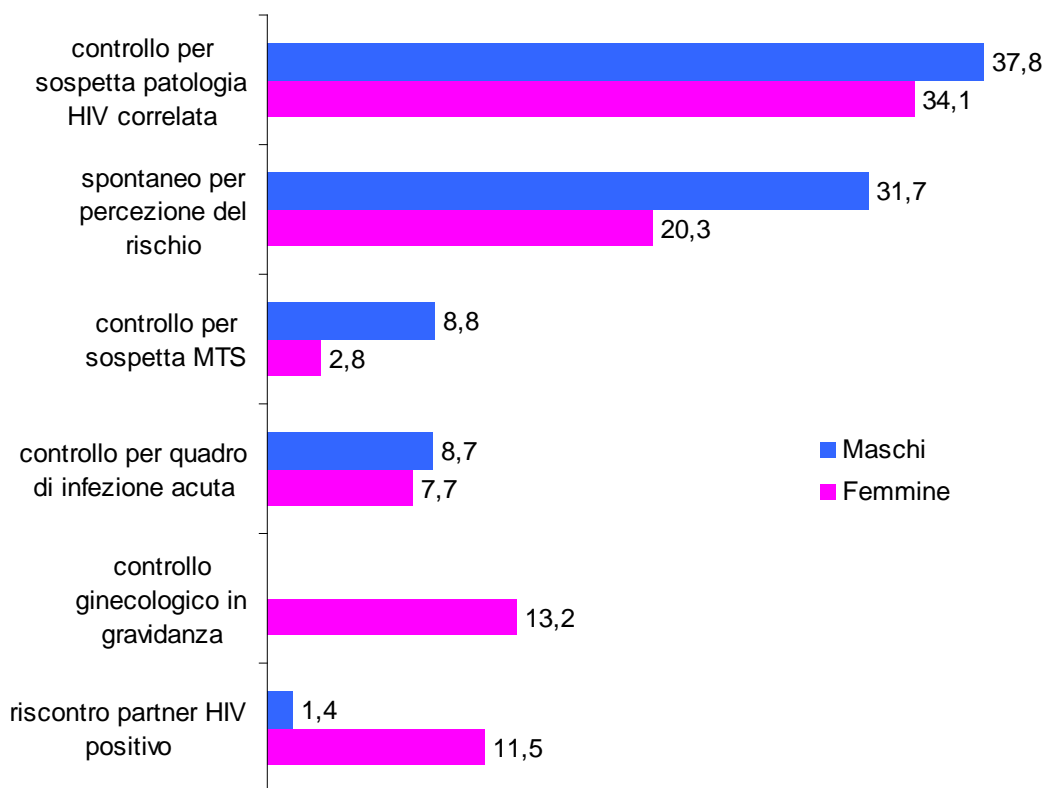
LP Late Presenter: numero di CD4 < 350 cell/ μ L o patologia indicativa di AIDS
 AHD Advanced HIV Disease: numero di CD4 < 200 cell/ μ L o patologia indicativa di AIDS

La consapevolezza da parte del paziente del proprio stato di sieropositività è un elemento molto importante in quanto permette di accedere tempestivamente alla terapia antiretrovirale e di ridurre la probabilità di trasmissione dell'infezione legata a comportamenti a rischio.

Il 60% dei sieropositivi inizia la terapia antiretrovirale entro 90 gg dalla diagnosi di HIV. La terapia antiretrovirale viene somministrata più frequentemente ai pazienti con quadro immunologico peggiore: al 89,0% dei pazienti con un numero di linfociti CD4 nel sangue inferiore a 200 cell/ μ L e solo al 20,3% dei pazienti con un numero di linfociti CD4 nel sangue superiore a 500 cell/ μ L.

La scheda di segnalazione rileva anche il motivo per cui è eseguito il test HIV. Il 53,0% dei pazienti effettua il test nel momento in cui vi è il sospetto di una patologia HIV correlata o una sospetta MTS o un quadro clinico di infezione acuta e solo il 29,3% lo effettua spontaneamente per percezione di rischio, a confermare la bassa percezione del rischio. Nelle femmine oltre a queste due motivazioni, si aggiunge una quota importante di donne che ha eseguito il test durante un controllo ginecologico in gravidanza (13,2%) (**Figura 5**). Si conferma per gli uomini omosessuali una maggior percezione del rischio rispetto agli eterosessuali, effettuando il test spontaneamente per percezione del rischio nel 47,1% dei casi (24,2% negli etero).

Figura 5 Motivo di esecuzione del test dei casi adulti di HIV notificati in Toscana per sesso. Anni 2012-2014



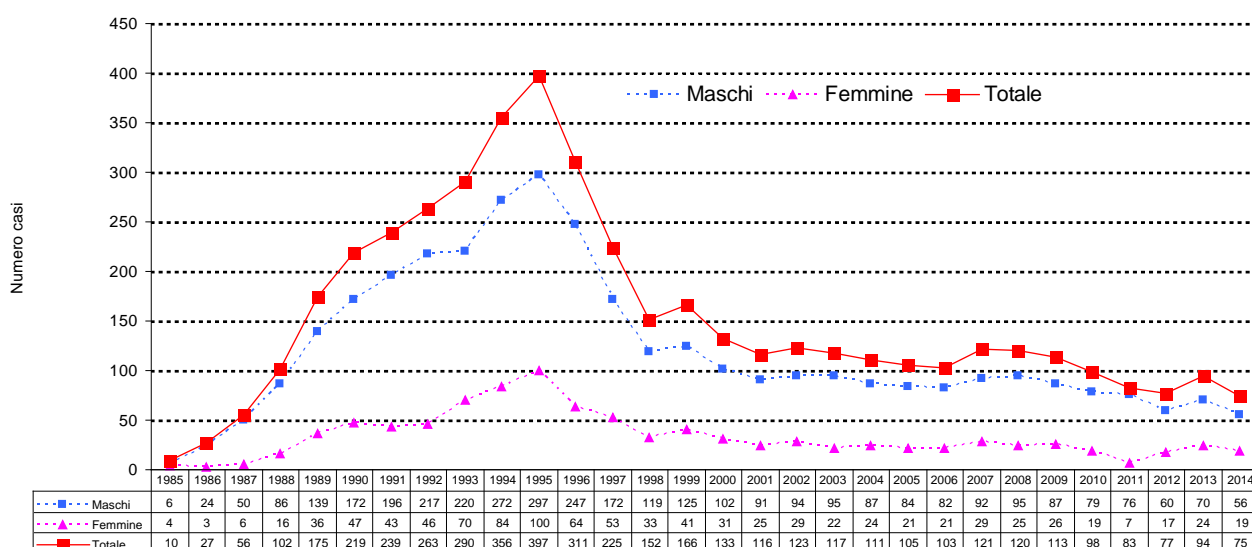
AIDS

In Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2013, sono stati notificati 4.577 nuovi casi di AIDS, il 78,5% dei quali di genere maschile. I casi pediatrici risultavano 54: 51 casi registrati prima del 2001, 1 nel 2011 ed 2 nel 2012. Ci si ammala di AIDS in età sempre più avanzata: l'età

mediana alla diagnosi presenta, nel corso degli anni, un aumento progressivo sia per i maschi che per le femmine sino a raggiungere 46,5 anni nei primi e 44 nelle seconde, e mantenendosi sempre più elevata per i maschi.

L'andamento dei casi di AIDS in Toscana (**Figura 6**) è analogo a quello nazionale: dal 1995 si registra una progressiva diminuzione, fino ad arrivare a 75 nuove diagnosi nel 2014. L'assestamento delle nuove diagnosi è una conseguenza dell'allungamento del tempo di incubazione dell'AIDS dovuto all'effetto della terapia antiretrovirale combinata.

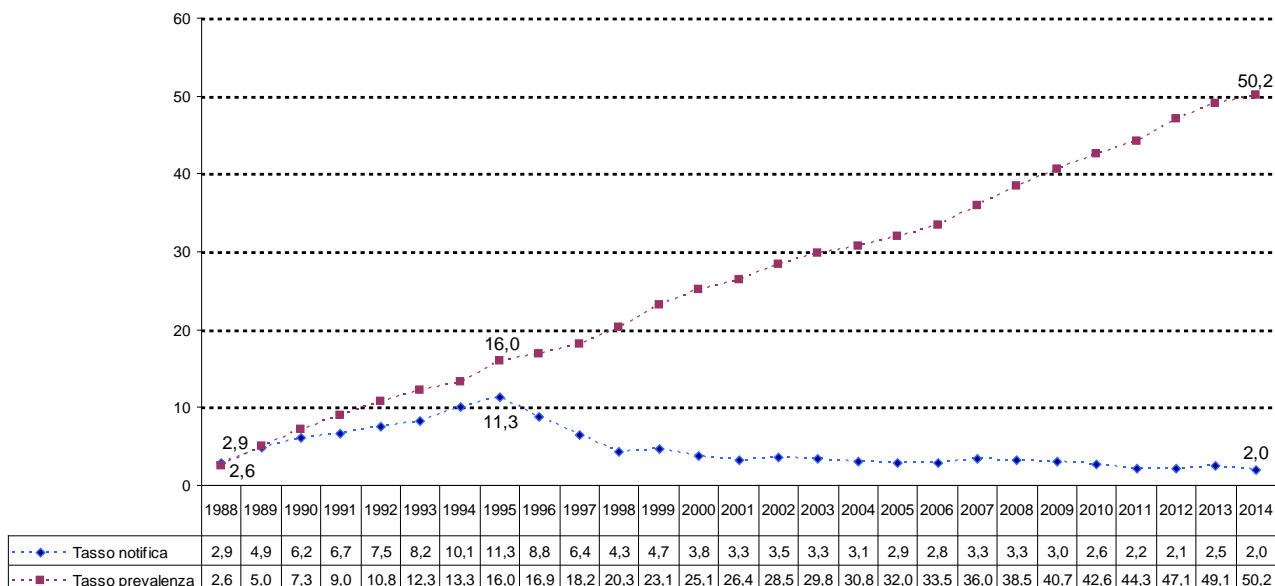
Figura 6 Numero di casi di AIDS notificati in Toscana per anno di diagnosi e genere - Anni 1985-2014



A fronte di una stabilizzazione dei casi notificati si contrappone un forte incremento dei casi prevalenti (1.882 al 31/12/2014), legato all'aumento della sopravvivenza (**Figura 7**). In Toscana, come del resto in Italia, la sopravvivenza delle persone con AIDS a 2 anni dalla diagnosi è più che raddoppiata in seguito all'introduzione delle terapie antiretrovirali nel 1996, passando dal 32,0% negli anni 1985-1995, all' 86,9% nel periodo 2003-2014¹.

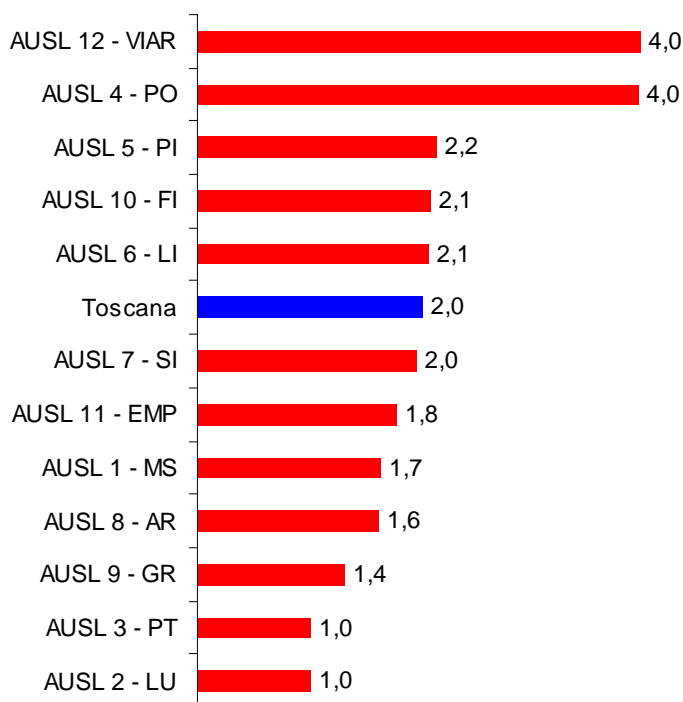
Figura 7 Tassi di notifica e prevalenza di AIDS (per 100.000 residenti) notificati in Toscana – Anni 1998-2014

¹ Il dato della mortalità può essere leggermente sottostimato in quanto si basa unicamente sulle segnalazioni dei reparti di malattie infettive.



Le diagnosi relative ai residenti toscani sono state 4.373. Di queste 227 sono state segnalate fuori toscana. Negli anni 2012-2014 le AUSL di Viareggio e Prato presentano tassi di 4 casi ogni 100.000 residenti, mentre Lucca e Pistoia registrano i tassi di incidenza aziendale più bassi (1,0 per 100.000 residenti) (**Figura 8**).

Figura 8 Tasso di incidenza di AIDS (per 100.000 residenti) per AUSL di residenza. Anni 2012-2014*



*il dato dei residenti toscani notificati fuori regione non è disponibile per il 2014

Dall'inizio dell'epidemia al 31.12.2014 sono stati 479 i soggetti di cittadinanza non italiana (di cui 50 provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato) ai quali è stata notificata l'AIDS: l'81,8% dei quali

risiede nella regione. La proporzione di stranieri tra i pazienti con AIDS è aumentata passando dal 3,7% nel 1990 al 32,4% nel 2014.

Il tasso di notifica della popolazione straniera, sebbene in diminuzione, risulta nettamente superiore rispetto a quello della popolazione italiana (6,4 per 100.000 residenti vs 1,8 nel triennio 2012-2014).

La modalità di trasmissione del virus HIV ha subito nel corso degli anni un'inversione di tendenza: il maggior numero di infezioni non avviene più, come agli inizi dell'epidemia per la tossicodipendenza ma è attribuibile a trasmissione sessuale, soprattutto eterosessuale. Queste due ultime categorie di trasmissione rappresentano nell'ultimo triennio l'81,2% dei nuovi casi adulti di AIDS e, in particolare, il 52,7% è relativo a rapporti eterosessuali. Questo dato sottolinea l'abbassamento del livello di guardia nella popolazione generale: gli eterosessuali non si ritengono soggetti "a rischio" ed invece rappresentano la categoria che più ha bisogno di informazione. Molti dei nuovi sieropositivi, che hanno contratto il virus attraverso rapporti sessuali non protetti, non sanno di esserlo e continuano a diffondere la malattia senza avere coscienza del rischio.

Per quanto riguarda le patologie opportunistiche, indicative di AIDS, si osserva negli ultimi anni una riduzione della proporzione di diagnosi di candidosi e di encefalopatia da HIV. Viceversa è in aumento la proporzione di diagnosi di sarcoma di Kaposi e di linfomi. Nell'ultimo triennio le due patologie più frequenti sono, in ordine, la Polmonite da *Pneumocystis Carinii* (25,9%) e la candidosi esofagea (11,5%).

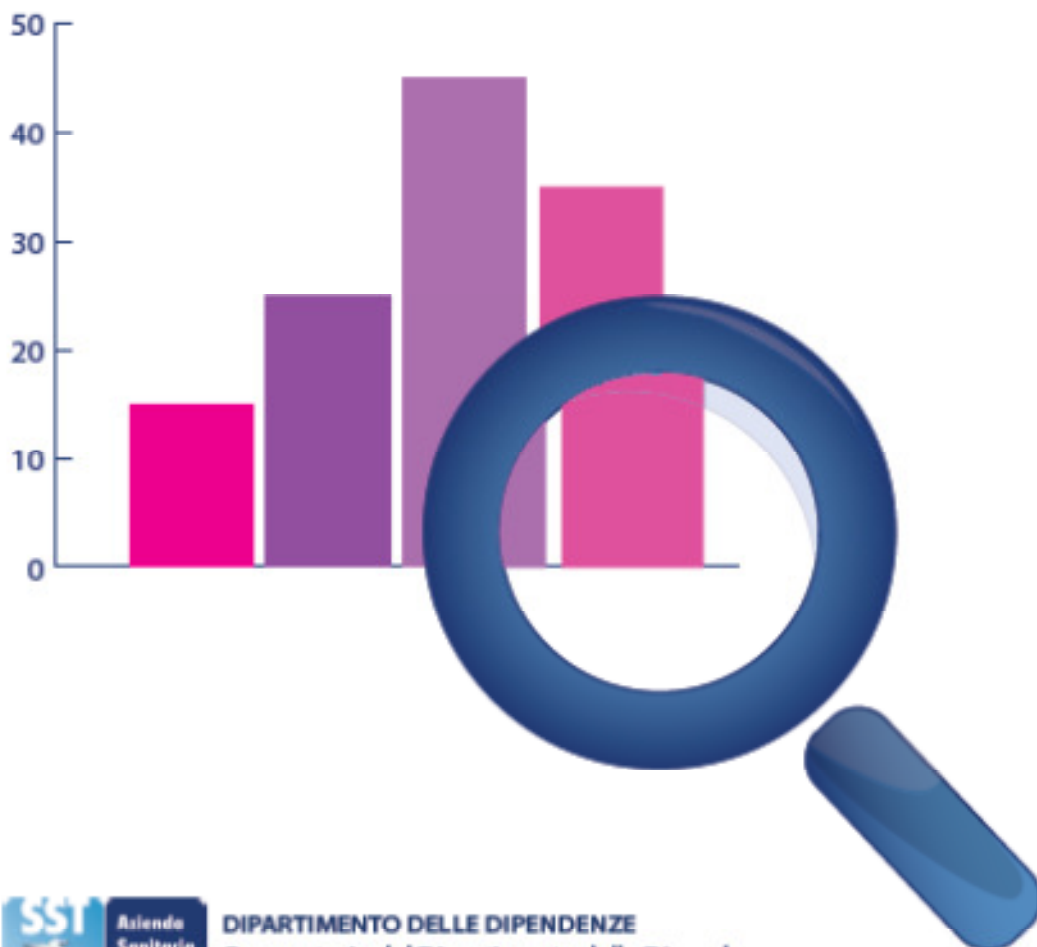
In conclusione, i tassi di incidenza e prevalenza si sono notevolmente modificati negli anni, con stabilizzazione dell'incidenza negli anni recenti e netto aumento della prevalenza, grazie alla riduzione di letalità dovuta all'introduzione della terapia antiretrovirale. L'auspicato decremento delle nuove infezioni non si è verificato per l'aumento dei casi a trasmissione sessuale che ha compensato la diminuzione di quelli tra i tossicodipendenti. Si evidenzia una scarsa percezione del rischio nella popolazione, soprattutto eterosessuale, che viene a conoscenza della sieropositività solo al momento della diagnosi di infezioni opportunistiche con un ritardo diagnostico che aumenta la diffusione inconsapevole dell'infezione e peggiora anche l'esito delle cure. Emerge quindi ancora, la necessità di una maggiore informazione sulle malattie a trasmissione sessuale e di facilitare l'accesso ai test.



Le dipendenze nel territorio dell'ASF - Maggio 2015

BOLLETTINO 2014

e andamento nel periodo 1996-2014





ESTRATTO DAL BOLLETTINO 2014

Il Quadro infettivologico

• Utenti con problematiche legate all'uso di sostanze illegali

HBV Gli utenti sottoposti al test **HBV** sono stati 1322 ovvero il **49,7%**^[U] degli utenti; la prevalenza della positività è del **30,3%**^[U] (401 positivi/1322 testati). Risultano vaccinati 565 utenti (42,7% degli utenti testati; il 21,2% di tutti i soggetti in carico);

HCV gli utenti sottoposti al test **HCV** sono stati 1599, il **60,1%**^[M] dei soggetti e la relativa prevalenza della positività è del **54,9%**^[U] (878 positivi/1599 testati);

HIV il numero di utenti sottoposti al test **HIV** è 1549, il **58,2%**^[M]; la prevalenza della sieropositività è pari al **6,5%**^[U] (101 positivi/1549 testati).

Se andiamo ad osservare i soli utenti **nuovi**, i dati appaiono i seguenti:

nuovi HBV i nuovi utenti sottoposti al test **HBV** sono stati 64 ovvero il **13,7%**^[U] degli utenti arrivati ai Servizi; la prevalenza della positività è del **4,7%**^[U] (3 positivi/64 testati). Risultano vaccinati 33 utenti (51,6% degli utenti testati; il 5,2% di tutti i soggetti arrivati ai Servizi);

nuovi HCV i nuovi utenti sottoposti al test **HCV** sono stati 94, il **20,1%**^[M] dei soggetti, e la relativa prevalenza della positività è del **24,5%**^[U] (23 positivi/94 testati);

nuovi HIV il numero di nuovi utenti sottoposti al test **HIV** è 111, il **23,8%**^[M] dei nuovi utenti; la prevalenza della sieropositività è pari al **0,9%**^[U] (1 positivo/111 testati).

• Utenti con problematiche legate all'uso di alcol

HBV Gli utenti sottoposti al test **HBV** sono stati 636 ovvero il **58,6%**^[M] degli utenti etilisti; la prevalenza della positività è del **10,4%**^[M] (66 positivi/636 testati). Risultano vaccinati 70 utenti (11% dei testati; 6,4% di tutti i soggetti in carico);

HCV gli utenti sottoposti al test **HCV** sono stati 648, il **59,7%**^[M] dei soggetti e la relativa prevalenza della positività è del **15%** (97 positivi/648 testati);

HIV il numero di utenti sottoposti al test **HIV** è 560, il **51,6%**^[M]; la prevalenza della sieropositività è pari al **2,3%** (13 positivi/560 testati).

Se andiamo ad osservare i soli utenti **nuovi**, i dati appaiono i seguenti:

nuovi HBV i nuovi utenti sottoposti al test **HBV** sono stati 61 ovvero il **34,5%**^[M] dei nuovi utenti etilisti; la prevalenza della positività è del **4,9%** (3 positivi/61 testati). Risultano vaccinati 5 utenti, l'**8,2%** dei testati, il **2,6%** dei nuovi utenti;

nuovi HCV i nuovi utenti sottoposti al test **HCV** sono stati 66, il **37,3%**^[M] dei soggetti e la relativa prevalenza della positività è del **9,1%** (6 positivi/66 testati);

nuovi HIV il numero di nuovi utenti sottoposti al test **HIV** è 60, il **33,9%**^[M]; la prevalenza della sieropositività è pari al **3,3%** (2 positivi/60 testati).



Tab. 1 Diffusione % di HBV+, HCV+ e HIV+ negli utenti con problematiche legate all'uso di sostanze illegali

	HBV	HCV	HIV
utenti positivi	401	878	101
utenti testati	1322	1599	1549
prevalenza positività	30,3%	54,9%	6,5%

Tab. 2 Diffusione % di HBV+, HCV+ e HIV+ negli utenti con problematiche legate all'uso di alcol

	HBV	HCV	HIV
utenti positivi	66	97	13
utenti testati	636	648	560
prevalenza positività	10,4%	15,0%	2,3%

Tab. 3 Diffusione di HBV+ e HBV- + negli utenti con problematiche legate all'uso di sostanze illegali

Unità funzionali e Zone	Presidio	HBV+	HBV-	vaccinati	non eseguito ¹	non disponibile
UFM Firenze A	Borgo Pinti	52	40	51	87	7
	Arcolaio	31	34	15	210	6
UFM Firenze B	Carmine	56	22	71	174	0
	S. Rosa	63	51	77	113	3
UFM Firenze C	Il Magnifico	119	73	148	287	3
Zona Firenze		285	193	315	748	16
UFM Nord Ovest	Sesto-Campi	36	28	40	150	3
	Scandicci	23	22	55	130	2
Zona Nord Ovest		59	50	95	280	5
UFM Sud Est	Chianti	26	41	38	91	1
	Figline	11	20	51	108	1
Zona Sud Est		37	61	89	199	2
UFM Mugello	Borgo	20	25	66	113	4
Zona Mugello		20	25	66	113	4
Totale		401	329	565	1340	27

¹ Appartengono a tale gruppo i soggetti che non hanno mai eseguito il test e coloro che, essendo risultati negativi ad un test effettuato in precedenza, non lo hanno ripetuto nel corso dell'ultimo anno. La nota vale anche per le prossime tabelle.



Tab. 4 Diffusione di HBV+ e HBV- negli utenti con problematiche legate all'uso di alcol

Unità funzionali e Zone	Presidio	HBV+	HBV-	vaccinati	non eseguito	non disponibile
UFM Firenze A	Borgo Pinti	18	33	7	12	2
	Arcolaio	3	37	1	73	0
UFM Firenze B	Carmine	6	16	19	26	0
	S. Rosa	14	41	24	15	1
UFM Firenze C	Basilewsky	3	265	0	126	0
Zona Firenze		44	392	51	252	3
UFM Nord Ovest	Sesto-Campi	7	19	2	33	2
	Scandicci	2	15	1	42	1
Zona Nord Ovest		9	34	3	75	3
UFM Sud Est	Chianti	5	25	3	60	0
	Figline	1	19	2	24	0
Zona Sud Est		6	44	5	84	0
UFM Mugello	Borgo	7	24	11	39	0
Zona Mugello		7	24	11	39	0
Totale		66	494	70	450	6

Tab. 5 Diffusione di HCV+ e HCV- + negli utenti con problematiche legate all'uso di sostanze illegali

Unità funzionali e Zone	Presidio	HCV+	HCV-	non eseguito	non disponibile
UFM Firenze A	Borgo Pinti	95	81	55	6
	Arcolaio	77	33	183	3
UFM Firenze B	Carmine	107	87	129	0
	S. Rosa	132	77	95	3
UFM Firenze C	Il Magnifico	149	138	107	0
Zona Firenze		560	416	569	12
UFM Nord Ovest	Sesto-Campi	79	49	125	4
	Scandicci	67	54	109	2
Zona Nord Ovest		146	103	234	6
UFM Sud Est	Chianti	62	56	79	0
	Figline	38	64	88	1
Zona Sud Est		100	120	167	1
UFM Mugello	Borgo	72	58	93	5
Zona Mugello		72	58	93	5
Totale		878	697	1063	24



Tab. 6 Diffusione di HCV+ e HCV- negli utenti con problematiche legate all'uso di alcol

Unità funzionali e Zone	Presidio	HCV+	HCV-	non eseguito	non disponibile
UFM Firenze A	Borgo Pinti	4	53	13	2
	Arcolaio	9	33	72	0
UFM Firenze B	Carminie	5	39	23	0
	S. Rosa	19	58	17	1
UFM Firenze C	Basilewsky	29	246	119	0
Zona Firenze		66	429	244	3
UFM Nord Ovest	Sesto-Campi	13	15	33	2
	Scandicci	5	16	39	1
Zona Nord Ovest		18	31	72	3
UFM Sud Est	Chianti	9	26	58	0
	Figline	1	23	22	0
Zona Sud Est		10	49	80	0
UFM Mugello	Borgo	3	36	42	0
Zona Mugello		3	36	42	0
Totale		97	545	438	6

Tab. 7 Diffusione di HIV+ e HIV- + negli utenti con problematiche legate all'uso di sostanze illegali

Unità funzionali e Zone	Presidio	HIV+	HIV-	non eseguito	non disponibile
UFM Firenze A	Borgo Pinti	14	156	59	8
	Arcolaio	12	75	204	5
UFM Firenze B	Carminie	13	176	134	0
	S. Rosa	11	192	101	3
UFM Firenze C	Il Magnifico	17	266	111	0
Zona Firenze		67	865	609	16
UFM Nord Ovest	Sesto-Campi	13	114	126	4
	Scandicci	4	110	115	3
Zona Nord Ovest		17	224	241	7
UFM Sud Est	Chianti	8	107	82	0
	Figline	2	99	87	3
Zona Sud Est		10	206	169	3
UFM Mugello	Borgo	7	122	94	5
Zona Mugello		7	122	94	5
Totale		101	1417	1113	31



Tab. 8 Diffusione di HIV+ e HIV- + negli utenti con problematiche legate all'uso di alcol

Unità funzionali e Zone	Presidio	HIV+	HIV-	non eseguito	non disponibile
UFM Firenze A	Borgo Pinti	0	60	12	0
	Arcolaio	0	41	73	0
UFM Firenze B	Carmine	0	45	22	0
	S. Rosa	2	66	25	2
UFM Firenze C	Basilewsky	3	199	192	0
Zona Firenze		5	411	324	2
UFM Nord Ovest	Sesto-Campi	2	26	33	2
	Scandicci	2	16	42	1
Zona Nord Ovest		4	42	75	3
UFM Sud Est	Chianti	2	27	64	0
	Figline	1	23	22	0
Zona Sud Est		3	50	86	0
UFM Mugello	Borgo	1	39	41	0
Zona Mugello		1	39	41	0
Totale		13	542	526	5



Di seguito sono riportati, in ordine cronologico, gli articoli pubblicati sul sito www.cesda.net. Si tratta di report di ricerche, abstract di articoli di riviste scientifiche, iniziative di prevenzione di interesse generale. Per una lettura più esaustiva sul tema HIV/AIDS si rimanda alla sezione tematica del sito Cesda.



TERAPIE ANTI-RETROVIRALI: I RISULTATI DELLO STUDIO START

Publicato il 14 novembre 2015 da [redazione](#)

In una conferenza tenuta durante la XV conferenza europea sull'AIDS, svoltasi a Barcellona dal 21 al 24 ottobre scorso, il professor **Jens Lundgren** ha fatto il punto delle conoscenze disponibili riguardo a una delle maggiori controversie in campo clinico relative alle cure per l'HIV: **qual è il momento più opportuno per iniziare le terapie anti-retrovirali**. Il professor Jens Lundgren ha riportato lo studio **START**, terminato da pochi mesi, che è arrivato all'importante conclusione che **le persone che iniziano le terapie anti-retrovirali immediatamente dopo una diagnosi di HIV, presentano un minore rischio di malattie e di morte rispetto alle persone sieropositive che iniziano le terapie solo a partire da un certo livello di CD4**.

In seguito allo studio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nelle ultime linee-guida pubblicate sui trattamenti per l'HIV, così come le autorità sanitarie di alcuni paesi, hanno cominciato a raccomandare l'inizio delle terapie, a prescindere dal livello di CD4, appena una persona riceve una diagnosi di HIV.

Accanto a questa positiva notizia, rimangono tuttavia importanti criticità sulle terapie anti-retrovirali, ad esempio persiste una mancanza di conoscenze sui loro effetti a lungo termine. Proprio per aumentare il grado di conoscenze disponibili a riguardo, i ricercatori dello studio **START** continueranno il follow-up delle persone che hanno fatto parte dello studio per almeno due anni –anche se gli auspici sono che il periodo di monitoraggio dei pazienti duri dieci anni-, al fine di capire gli effetti a lungo termine delle terapie. Un altro significativo risultato dello studio **START** è la constatazione che le persone sieropositive con alta carica virale, non in terapia anti-retrovirale, sono più esposte a malattie e mortalità non correlata all'AIDS. Tuttavia, anche qui, mancano evidenze scientifiche in grado di spiegare in modo soddisfacente i motivi di questa maggiore vulnerabilità.

RISCHIO CARDIACO E DURATA INFEZIONE DA HIV

Publicato il 11 novembre 2015 da [redazione](#)

Uno studio condotto su un campione di 18,468 persone con HIV afferma che, **dieci anni dopo la diagnosi di HIV, una persona ha, all'incirca, un rischio doppio di attacco di cuore comparato a un soggetto che ha appena ricevuto una diagnosi di HIV**. Lo studio è stato condotto da **CASCADE** in collaborazione con EuroCord, e ha riguardato otto coorti in Europa e Nord America.

E' stato realizzato per esaminare il contributo dell'infezione da HIV e immunodepressione, come distinti dal trattamento anti-retrovirale o dai fattori di rischio conosciuti, al rischio di attacco cardiaco nelle persone che vivono con HIV. Le infezioni a lungo termine con HIV possono innalzare il rischio di attacco cardiaco causando infiammazioni, ma studi precedenti non avevano analizzato se la durata dell'infezione da HIV avesse effetti sul rischio di attacco cardiaco. Studi precedenti avevano mostrato che l'esposizione a farmaci specifici -indinavir, lopinavir/ritonavir- è associato a un aumento del rischio di attacco cardiaco. **Il nuovo studio ha mostrato che la durata dell'infezione da HIV è uno dei maggiori fattori predittivi di attacco cardiaco, a prescindere da età e tipo di trattamento anti-retrovirale, e che non importa se una persona abbia una carica virale pienamente soppressa o una carica virale molto alta**. Tuttavia, una grave immuno soppressione innalza il rischio in modo significativo. **L'aumento di rischio è così sintetizzabile: una persona con HIV dell'età di 40 anni e che è infettata da HIV da dieci anni, presenta un rischio di attacco cardiaco di una**

persona di 50 anni senza HIV. Alexandra Lyons dell'University College di Londra, ha concluso la presentazione della ricerca dicendo che le linee guida per la gestione del rischio cardiovascolare per le persone con HIV dovrebbero considerare la durata dell'infezione da HIV come un fattore di rischio indipendente. Inoltre, un'enfasi particolare dovrebbe essere assegnata ai fattori di rischio come la dieta, il fumo e l'attività fisica delle persone che convivono con l'HIV da lungo tempo, a prescindere dalla loro età.



EUROPEAN AIDS CONFERENCE /3 – Presto un nuovo farmaco meno tossico e più sostenibile

Publicato il 2 novembre 2015 da redazione

Il paziente con HIV vive sempre più a lungo e per questo motivo ha bisogno di farmaci meno invasivi su lungo periodo, ma che mantenga la stessa efficacia. In occasione della Conferenza Europea dell'AIDS in corso a Barcellona sono stati presentati due studi di fase III di un farmaco che va in questa direzione.

Si chiama E/C/F/TAF ed è la combinazione di elvitegravir 150 mg, cobicistat 150 mg, emtricitabina 200 mg e tenofovir alafenamide 10 mg, **meno tossico ma ugualmente efficace** rispetto a E/C/F/TDF (elvitegravir 150 mg, cobicistat 150 mg, emtricitabina 200 mg e tenofovir disoproxil fumarato 300 mg. **I risultati a 96 settimane di due studi di fase III sono stati presentati oggi alla 15a Conferenza sull'AIDS in corso a Barcellona da Gilead Science.** Il nuovo regime sperimentale contro l'Hiv prevede una singola compressa una volta al giorno.

Gli studi hanno dimostrato che i pazienti trattati con E/C/F/TAF hanno dimostrato parametri renali e ossei migliori rispetto a quelli trattati con E/C/F/TDF.

Tutto sta nel nuovo inibitore nucleotidico sperimentale TAF (tenofovir alafenamide) dalla trascrittasi inversa, che ha dimostrato un'elevata efficacia antivirale a dose 10 volte inferiore rispetto al TDF (tenofovir disoproxil fumarato). Nell'ottica dell'invecchiamento del paziente con HIV questo comporta non pochi vantaggi. "Poiché oggi le persone con l'HIV vivono più a lungo e devono assumere una terapia antiretrovirale per tutta la loro vita, esiste la necessità di nuove opzioni terapeutiche che aiutino a gestire l'HIV e le comorbidità correlate al trattamento", ha dichiarato José Arribas, Professore Associato di Medicina, Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid. "I dati presentati dimostrano che E/C/F/TAF ha il potenziale per contribuire a preservare nel lungo termine la salute di diverse tipologie di pazienti affetti da HIV".

L'analisi combinata ha studiato l'effetto dei due regimi sui parametri renali, ossei e lipidici nel corso delle 96 settimane. Per esaminare la funzionalità renale, sono stati condotti diversi test di funzionalità renale e tubulare, ognuno dei quali statisticamente favorevole a E/C/F/TAF. Questo ha incluso una differenza statisticamente significativa del cambiamento medio del tasso di filtrazione glomerulare stimato dal basale alla settimana 96 favorevole a E/C/F/TAF. Non ci sono state segnalazioni di tubulopatia renale prossimale (inclusa sindrome di Fanconi) nel braccio E/C/F/TAF, mentre ci sono stati due casi nel braccio E/C/F/TDF.

I pazienti che assumevano E/C/F/TAF hanno avuto una lieve riduzione della densità minerale ossea rispetto ai pazienti trattati con E/C/F/TDF. Infine, i pazienti trattati con E/C/F/TAF hanno avuto incrementi statisticamente più elevati di colesterolo totale, LDL e HDL dal basale rispetto ai pazienti trattati con E/C/F/TDF, mentre non vi è stata alcuna differenza significativa tra i bracci dei due studi per quanto riguarda il rapporto colesterolo totale/HDL.

"I dati a due anni presentati non fanno altro che confermare i benefici a lungo termine di E/C/F/TAF, considerata la persistente soppressione virale e i continui miglioramenti della sicurezza renale e ossea", ha detto Norbert W. Bischofberger, PhD, Vice Presidente Esecutivo di Gilead, Research and Development and Chief Scientific Officer. "In attesa delle approvazioni regolatorie negli Stati Uniti e in Europa, siamo ansiosi di rendere disponibili il più rapidamente possibile ai pazienti E/C/F/TAF e le altre terapie di prossima generazione basate su TAF". A settembre infatti il Comitato per i medicinali per uso umano dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA) ha adottato un parere positivo in merito alla domanda di Autorizzazione all'ammissione in commercio di E/C/F/TAF e ora la raccomandazione passerà al riesame della Commissione Europea.



AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO AVVIA UN PROGRAMMA D'USO COMPASSIONEVOL PER LA NUOVA TERAPIA ANTI-HIV

Publicato il 26 ottobre 2015 da redazione

Per garantire ai pazienti senza alternative terapeutiche il più tempestivo accesso alle nuove terapie antiretrovirali per il trattamento dell'infezione da Hiv,

l'Agenzia italiana del farmaco ha deciso di avviare un programma di uso compassionevole per l'utilizzo dell'associazione fissa elvitegravir 150 mg/ cobicistat 150 mg/emtricitabine 200 mg/ Tenofovir Alafenamide 10 mg (E/C/F/TAF) in singola compressa, che attualmente è ancora in attesa di decisione della Commissione europea.

La decisione dell'Aifa, precisa una nota della stessa Agenzia, è stata assunta in continuità e analogia con quanto realizzato con i programmi di uso compassionevole nell'area terapeutica dell'epatite C e in risposta alla richiesta della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), grazie alla disponibilità

dell'azienda Gilead Sciences. In particolare, aggiunge la nota dell'Aifa, **potranno accedere al protocollo di uso compassionevole i pazienti che rispondano ai seguenti criteri di inclusione:** bisogno identificato di trattamento con regimi a base di tenofovir disoproxil fumarate (TDF) e concomitanti tossicità e complicazioni renali o ossee (con CKD di stadio 3 e con osteoporosi, storia di frattura da fragilità ossea, o un FRAX score >20%, cioè fratture osteoporotiche maggiori); nessun trattamento alternativo identificato dal proprio medico come migliore o equivalente in termini di profilo di efficacia e di sicurezza.

Rimarranno invece esclusi dal protocollo le donne in gravidanza o allattamento; i pazienti che abbiano una storia di intolleranza/allergia significativa ad analoghi nucleosidici/nucleotidici; resistenza documentata a elvitegravir.

Il programma sarà accessibile a tutti i **centri di Malattie infettive che manifesteranno interesse**. L'Agenzia ricorda inoltre che, in conformità con quanto disposto dal decreto ministeriale 8 Maggio 2003, successivamente all'approvazione dei Comitati etici del protocollo e delle richieste di trattamento, dovranno essere notificate all'Aifa le informazioni sui pazienti eleggibili al trattamento. L'inclusione dei pazienti nel programma di uso compassionevole sarà possibile fino alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della determina di Autorizzazione all'immissione in commercio (Aic). La fornitura gratuita di farmaco proseguirà per un mese dal momento di effettiva disponibilità del prodotto rimborsato sul mercato.

NUOVO MECCANISMO PER COMBATTERE L'HIV

Pubblicato il 20 ottobre 2015 da [redazione](#)



E' stato scoperto di recente un **nuovo meccanismo di azione per prevenire l'uscita del RNA virale per prevenire l'uscita dal nucleo della cellula e quindi prevenire la replicazione dell'HIV**.

La molecola che riesce a bloccare la replicazione virale si chiama ABX464. Normalmente l'RNA virale si trasferisce attraverso la proteina REV, che viene inibita dalla nuova molecola.

Nei primi studi si è dimostrata una riduzione notevole della carica virale per varie settimane anche dopo la sospensione del trattamento, mentre il braccio di controllo, che assumeva la terapia standard, ha avuto un innalzamento della carica virale. E' stato confermato anche che

questa molecola riesce a colpire i serbatoi fatti di cellule infette che normalmente la terapia non riesce a raggiungere. Sono in corso gli studi di fase IIa per determinare il dosaggio ottimale.

OMS E UNAIDS : NUOVE POLITICHE PER GLI ADOLESCENTI A RISCHIO

Pubblicato il 9 ottobre 2015 da [redazione](#)



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNAIDS
UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
UNESCO • WHO • WORLD BANK

I principali **problemi tra i 10 e i 19 anni** riguardano **alimentazione, malattie croniche e disturbi psichiatrici**. Tuttavia spesso mancano adeguati servizi proprio in questi ambiti. Per implementarli e svilupparli sono stati **elaborati otto standard di riferimento: dal miglioramento delle competenze degli operatori al rafforzamento della gestione dei dati, passando per un maggior coinvolgimento dei giovani nei processi decisionali**.

Oms e UnaidS lanciano nuovi standard con l'obiettivo di aiutare gli Stati a **migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria per gli adolescenti**. Numerosi giovani tra i 10 e i 19 anni che soffrono di disturbi psichiatrici, abuso di sostanze, cattiva alimentazione, incidenti e malattie croniche non hanno accesso a percorsi di prevenzione e a servizi di cura. E molti comportamenti che eserciteranno un impatto sulla salute per tutta la vita si manifestano proprio in adolescenza.

Sono otto gli standard individuati:

- ♦ **Alfabetizzazione sanitaria:** le strutture devono implementare percorsi che consentano agli adolescenti di essere costantemente informati sul proprio stato di salute e di sapere dove accedere a determinati servizi;
- ♦ **Supporto da parte tutti gli attori del sistema:** le strutture sanitarie devono mettere a punto sistemi affinché tutti i membri e le organizzazioni della società diventino consapevoli dell'importanza di fornire specifici e adeguati servizi agli adolescenti;
- ♦ **Appropriata rete di servizi:** le strutture devono assicurare informazioni, consulenze, diagnosi, cure e trattamenti in grado di soddisfare tutte le specifiche esigenze dei giovani;
- ♦ **Garantire adeguate competenze agli operatori:** è un requisito fondamentale per erogare prestazioni efficaci. In questo senso è fondamentale anche rispettare il diritto alla privacy, evitare discriminazioni, mostrare atteggiamenti rispettosi e mai giudicanti;
- ♦ **Facilitare l'erogazione degli appositi servizi:** le strutture devono garantire orari accessibili, un ambiente comodi e pulito, mettendo a disposizione le apparecchiature dotate di tutta la tecnologia necessaria;
- ♦ **Inclusione e lotta alle discriminazioni:** le strutture devono erogare servizi e prestazioni a tutti gli adolescenti, a prescindere dalla loro possibilità di pagare, dall'età, dal sesso, dallo stato civile, dal livello di istruzione, dall'orientamento sessuale e dall'origine etnica.

♦ **Miglioramento dell'analisi dei dati:** tutte le strutture sanitarie devono essere in grado di raccogliere, utilizzare e analizzare i dati disaggregati per sesso e per età. E il personale deve essere costantemente coinvolto nel miglioramento di questi processi.

♦ **Inclusione dei giovani nei processi di pianificazione e monitoraggio:** gli adolescenti devono essere pienamente coinvolti in tutti i processi relativi alle cure che li riguardano, nonché in tutti gli aspetti decisionali.

“I nuovi standard forniscono indicazioni semplici ma efficaci che, sia nei Paesi ricchi che in quelli poveri, possono attecchire immediatamente per migliorare la salute degli adolescenti poiché ricalcano la nuova Strategia globale per donne, bambini e adolescenti che fu lanciata a New York a settembre”, commenta Anthony Costello, responsabile del settore per l'Organizzazione mondiale della salute. Oms e UnaidS suggeriscono quindi **difornire servizi più “a misura di adolescente”, erogando prestazioni gratuite oppure a basso costo e rendendo le informazioni fruibili in base alla fascia di età di appartenenza.** Viene inoltre affermata la necessità che i giovani possano accedere alle prestazioni senza obbligatoriamente prendere un appuntamento o ricevere il consenso dei genitori.

“Se vogliamo mantenere gli adolescenti sani, dobbiamo trattarli con rispetto – afferma Costello – Sono particolarmente vulnerabili a certi problemi di salute. Le tre principali cause di morte tra gli adolescenti sono incidenti stradali, le malattie legate all'Aids e suicidi. Una delle missioni principali del settore sanitario deve essere promuovere sane abitudini sin dall'adolescenza”.

I nuovi standard globali richiedono ai vari Stati di sviluppare pacchetti che includano una solida informazione, consulenza, diagnosi, trattamento e cura che vadano oltre ai tradizionali percorsi legati all'educazione sessuale. Gli adolescenti devono essere inoltre pienamente coinvolti nella fase di pianificazione e di monitoraggio, fornendo costantemente feedback sui servizi sanitari che li riguardano.

Oltre 25 Paesi a medio-basso reddito hanno già adottato gli standard internazionali per migliorare la salute tra gli adolescenti. E, infatti, la nuova politica di Oms e UnaidS è costruita sulla ricerca in questi Paesi, dopo aver ricevuto riscontri dagli operatori sanitari e da oltre mille giovani in tutto il mondo.

Le principali cause di morte tra gli adolescenti sono:

Incidenti stradali, Aids, suicidi, infezioni respiratorie, violenze, diarrea, affogamento, meningite, epilessia, disturbi del sistema immunitario.

Le principali cause di malattie e disabilità sono:

Depressione, incidenti stradali, anemia, Aids, autolesionismo, problemi al collo e alla spina dorsale, diarrea, disturbi d'ansia, asma, infezioni respiratorie.



COPPIE SIERODISCORDANTI

Publicato il 6 ottobre 2015 da [redazione](#)

Spesso **le coppie sierodiscordanti sono considerate ad alto rischio per il partner sieronegativo.** Ma recenti acquisizioni hanno permesso di comprendere che **il rischio di trasmissione dell'HIV in questo contesto può essere basso.** Infatti, essere consapevoli della sieropositività impone di seguire le normali regole di prevenzione, soprattutto quella legata alla non promiscuità, che, inoltre, diminuisce il rischio di contrarre altre malattie a trasmissione sessuale.

Un ulteriore strumento di prevenzione è fornito dal counseling di coppia che affronta la modalità di consenso per ridurre il rischio di trasmissione e il supporto che i partners possono consentire sulle strategie di prevenzione. Resta da definire **il ruolo dell'PrEP che notoriamente ha contribuito a diminuire il rischio di trasmissioni del 90%.** Ci si augura che la profilassi farmacologica entri a far parte dell'armamentario di routine.

Da non dimenticare nemmeno i benefici già confermati della PeP, che però, obbliga ad un intervento entro le 24 ore dal contagio. L'ostacolo è che a volte, in una coppia, non è facile individuare quando esso sia avvenuto.

HIV – MAGGIORE EFFICIENZA NELLA GESTIONE DELLE CURE. PROGETTO Federsanità Anci

Publicato il 29 settembre 2015 da [redazione](#)

Il progetto attraverso le esperienze emergenti vuole **“offrire un'opportunità di strumenti a disposizione per i Centri che si occupano di HIV, nonché a una maggiore efficienza complessiva del nostro Ssn”** con l'idea che prima o poi “si arriverà ad adottare il **principio del finanziamento per risultato o esito**”.

Al via le attività dell'**Atelier Federsanità ANCI “HIV: modello di cura cronicizzato. Alla ricerca di una maggiore efficienza nell'organizzazione e gestione della cura e nella prevenzione” con l'obiettivo di approfondire il trattamento dell'HIV, le modalità organizzativo-gestionali nelle diverse Aziende sanitarie o ospedaliere del SSN.**

“Il sistema italiano di cura dell'HIV – si legge in una nota – è comunemente riconosciuto fra i migliori al mondo: un'ottima disponibilità di opportunità terapeutiche, una ragionevole diffusione a livello territoriale,

una grande competenza clinica. Ma l'HIV è una malattia ormai cronicizzata. E la cronicizzazione significa che annualmente **il nostro SSN spende circa 15.000 € per paziente con HIV solo fra farmaci e test diagnostici** (e questo dato non tiene conto dell'incidenza delle complicanze, molto elevata in questo paziente).

E sono circa 100.000 le persone affette da HIV. **Riuscire a individuare all'interno dei processi produttivi di cura esperienze meritevoli di diffusione, si migliorano non solo le condizioni dei pazienti ma si consente un impiego più idoneo delle nostre risorse finanziarie e sanitarie.** Le diverse modalità organizzativo-gestionali nelle Aziende possono contenere aspetti positivi in termini di efficienza ed efficacia. Evidenziando le esperienze emergenti di queste modalità e diffondendole, si è in grado di offrire un'opportunità di strumenti a disposizione per i Centri che si occupano di HIV, nonché a una maggiore efficienza complessiva del nostro SSN. Un secondo aspetto che l'Atelier ha deciso di indagare è il tema della prevenzione: area che purtroppo registra, rispetto ad alcuni anni fa, una generale perdita di attenzione. La prevenzione non solo riduce i nuovi casi, ma nel lungo periodo consente di evitare costi sanitari, sociosanitari e sociali crescenti”.

“Il progetto dell'Atelier Federsanità ANCI – ha spiegato Lorenzo Terranova Direttore del Centro Studi di Federsanità ANCI – vede coinvolti la SIMIT (Società Italiana di Malattie Infettive e Trasmissibili), l'Istituto Superiore di Sanità, l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Genova nonché docenti esperti di organizzazione aziendale e andrà ad indagare quattordici fra i principali centri HIV italiani. L'idea sottostante all'attività di questo Atelier è che **il modello del costo standard, modello verso cui tende il nostro SSN, significa in una prospettiva di medio periodo si introduce un sistema di remunerazione per prestazione: ciò significa che si arriverà ad adottare il principio del finanziamento per risultato o esito.** Pertanto, analizzare una patologia cronica ad alta gravità e con un costo elevato in una prospettiva di sperimentare un modello di remunerazione per prestazione porta in pratica a premiare le realtà più efficienti”.

L'Atelier HIV è il secondo avviato da Federsanità ANCI dopo l'Atelier sulla lotta alla corruzione e rappresenta una modalità di lavoro «artigianale» su temi particolari che le realtà della sanità pubblica si trovano ad affrontare tuttora spesso in maniera empirica. Gli Atelier focalizzano, infatti, la propria attenzione sugli aspetti di tipo organizzativo-gestionale, nonché economico-finanziario andando in particolare ad approfondire quali sono le risposte concrete di ASL o AO e diffonderle fra loro, nonché studiare quali sono le eventuali aree che necessitano ulteriori analisi scientifiche. L'Atelier, che produrrà al termine della propria attività un Libro Bianco, è stato possibile grazie ad un grant non condizionato di Gilead Science.



AIDS – LA POSIZIONE DI VELLA

Publicato il 7 settembre 2015 da [redazione](#)

L'AIDS fa ancora registrare ogni anno oltre 2 milioni di nuovi casi, è importante che non cada nell'oblio e sparisca dall'agenda politica. E per centrare l'obiettivo di sconfiggerla entro il 2030, in un editoriale dell'arivista scientifica **Lancet**, Stefano Vella – uno dei **più noti ricercatori nel campo dell'AIDS a livello mondiale**, membro del

board direttivo di International AIDS Society, vice-presidente di Friends of the Global Fund Europe, membro di un panel dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che si occupa di revisione delle linee guida sugli antiretrovirali, direttore del Dipartimento del Farmaco all'Istituto Superiore di Sanità – **suggerisce una sua strategia in tre mosse.**

“La sensazione che si sta diffondendo a livello dell'opinione pubblica – afferma Vella – è che siamo ormai vicini ad una **soluzione definitiva per l'AIDS.** Impresione sottolineata anche dai nuovi Sustainable Development Goals delle Nazioni Unite, che prevedono anche quello di mettere la parola fine all'epidemia di AIDS entro il 2030. Ora, non è certo mia intenzione dire che questo non sia possibile, ma di certo la strada è ancora molto faticosa, per vari motivi”.

E nella sua analisi Vella individua tre fattori critici da affrontare a livello mondiale. E la priorità assoluta è quella di mettere a punto un vaccino anti-HIV.

Il vaccino. “Non riusciremo mai a mettere fine all'AIDS – afferma l'esperto – senza mettere a punto un vaccino, da rendere disponibile per le popolazioni che vivono in aree ad alta prevalenza della malattia e per quelle più colpite e marginalizzate del mondo.

C'è un grande entusiasmo per questo concetto '*treatment is prevention*', ovvero per l'idea che la terapia possa non solo salvare le persone da questa malattia, ma anche impedire, o comunque ridurre molto la trasmissione. Questo però non basta, perché **siamo ancora molto indietro nella copertura dei 40 milioni di persone con infezione da HIV nel mondo.** E probabilmente è anche un'ingenua l'idea di poter arrivare davvero a trattarle tutte. Malgrado tutti i successi e i grandi sforzi fatti fin qui, le persone in trattamento anti-retrovirale sono attualmente non più di 15 milioni in tutto il mondo e questo rappresenta comunque già un successo straordinario”.

Di certo non è possibile dimenticare gli incredibili successi fatti dalla terapia negli ultimi vent'anni. Ma i farmaci da soli non rappresentano la soluzione al problema. Anche perché nel mondo si continuano a registrare due milioni di nuovi casi di infezioni da HIV ogni anno e perché solo il 40% dei portatori di infezione da HIV sa di essere sieropositivo.

Negli ultimi anni – sottolinea Vella – sono successe cose straordinarie nel settore dei vaccini, e sta cambiando tutto. Siamo riusciti finalmente a capire come indurre nei vaccinati degli anticorpi neutralizzanti e anche l'Istituto Superiore di Sanità sta proseguendo le sue ricerche in questo campo. Con due milioni di persone che si infettano ogni anno, non si può sperare di risolvere il problema con la sola terapia. Ci vorrà assolutamente un vaccino da affiancare ai trattamenti”.

Nuovi modelli di trattamento. Per mettere fine all'epidemia entro il 2030 sarà necessario anche definire modelli innovativi di trattamento, che siano centrati sui pazienti, decentralizzati e dispensati al di fuori delle strutture sanitarie. Questo sarà fondamentale per vincere le barriere che ancora ostacolano l'espansione del trattamento, soprattutto alla luce delle nuove linee guida che prevedono la somministrazione della terapia antiretrovirale a tutti i soggetti positivi per infezione da HIV.

“Dobbiamo progettare e implementare nuovi modelli di cura, che anche l'Istituto Superiore di Sanità sta sperimentando in Africa. Le cure dovranno essere sempre più decentralizzate rispetto agli ospedali e ai centri di salute, per essere affidate alla *community*, ai pari. Questo è l'unico modo per mantenere aderenti al trattamento delle persone, che in quel momento tra l'altro stanno bene. C'è bisogno del supporto dei pari, della comunità. E' questo il nuovo modello da implementare, perché se dobbiamo trattare 40 milioni di persone, di certo non possiamo contare sugli ospedali”.

L'HIV è ancora una priorità. Infine, l'appello ai decisori, perché si impegnino a tenere ben in vista nell'agenda politica la causa dell'HIV, facendo sapere al mondo che **la soluzione definitiva è ancora lontana e che saranno necessari ancora molti sforzi e investimenti per centrare questo obiettivo.** Senza questo supporto, si perderà la grande opportunità offerta dai progressi della scienza e l'epidemia tornerà a farsi sentire.

“Continuare a dire che stiamo quasi per chiudere – sostiene Vella – sta facendo calare l'attenzione sull'AIDS, ma anche sullo scenario della salute in generale. Ne sono prova anche i nuovi *Sustainable Development Goals*, che saranno firmati alle Nazioni Unite il prossimo 26 settembre. I nuovi 'obiettivi' da centrare entro il 2030, andranno a sostituire i vecchi *Millennium Development Goals* che erano dieci, metà dei quali dedicati a temi di salute. **I 17 nuovi obiettivi invece, ne prevedono solo uno dedicato alla salute, quasi relegato in un angolo e schiacciato dalle tante altre emergenze globali.** Questo naturalmente andrà a diluire le risorse e a ridurre quelle espressamente dedicate alla salute. Bisogna contrastare questa tendenza e cercare nuove risorse perché non bisogna mai dimenticare che la salute è, tra l'altro, anche un elemento di sviluppo”.

La battaglia contro l'AIDS è stata speciale, da sempre. Perché ha messo insieme dei ricercatori 'attivisti', perché sono stati creati nuovi strumenti finanziari come il *Global Fund*, perché ha mobilitato tanti grandi capi di stato a cominciare da Mandela. “E anche la filosofia dell'accesso universale alle cure – ricorda Vella – che sarebbe poi la filosofia della salute globale del futuro, è partita dall'AIDS, perché l'AIDS è proprio un modello di salute globale”. I progressi fatti con questa malattia sono epocali, da storia della medicina, ma – sottolinea Vella – da qui a dire che la partita è chiusa, ce ne vuole.

APPELLO DELL'OSSERVATORIO ITALIANO SULL'AZIONE GLOBALE CONTRO L'AIDS

Pubblicato il 22 agosto 2015 da [redazione](#)



Un appello a favore della **tassa europea sulle transazioni finanziarie (Ttf)**, per continuare a sostenere progetti essenziali per la salute e la sopravvivenza di milioni di persone. Lo lancia l'**Osservatorio italiano sull'azione globale contro l'Aids**, che riunisce diverse ong italiane, in concomitanza con l'apertura della Terza conferenza internazionale dell'Onu sul finanziamento dello sviluppo ad Adis Abeba.

Nel corso dell'evento che si è svolto lo scorso luglio si è parlato del nesso tra **salute globale e sviluppo, con particolare attenzione alla lotta contro le pandemie**, che tutt'oggi in diversi paesi continuano a uccidere milioni di uomini e donne.

«Attualmente, la mancanza di risorse economiche costituisce l'ostacolo principale alla riduzione della mortalità e delle nuove infezioni di Hiv, tubercolosi e malaria», si legge in una nota dell'Osservatorio. «Secondo le stime di Unaid, **per porre fine all'Aids entro il 2030 è necessario diminuire le nuove infezioni dai 2,1 milioni del 2013 a 500 mila nel 2020 e quindi a 200 mila nel 2030.** Per la prima volta dall'inizio dell'epidemia il numero di persone sieropositive comincerebbe ad abbassarsi e il bisogno di cure a diminuire». Per sostenere i progressi compiuti nell'ultimo decennio, però, servono investimenti maggiori da parte di tutti i governi. La proposta dell'Osservatorio italiano sull'azione globale contro l'Aids è chiara: «destinando parte dei proventi della tassa sulle transazioni finanziarie europea al Fondo Globale per la lotta contro l'Aids, la tubercolosi e la malaria, si fornirebbe un contributo economico decisivo per porre fine alle grandi pandemie». Da qui la richiesta al Governo italiano di adoperarsi affinché la comunità globale colga l'opportunità che Ttf rappresenta. «Si potrebbero, infatti, raccogliere fondi addizionali da investire a favore della salute globale, dell'educazione e per il contrasto ai cambiamenti climatici», conclude la nota.

IAS 2015 – Bollettino Conclusivo

Publicato il 22 agosto 2015 da [redazione](#)



Oltre a essere ricordata come la **Conferenza del '90-90-90'**, IAS 2015 resterà nella **memoria anche come la Conferenza dove la profilassi pre-esposizione (PrEP) è passata dalla sperimentazione puramente clinica all'impiego nel mondo reale.**

Dopo che sono stati presentati gli studi sui regimi programmaticamente intermittenti (come riferito precedentemente), a IAS 2015 è stato anche dedicato spazio ai risultati di studi dimostrativi (demonstration studies) disegnati per valutare l'efficacia della PrEP nel 'mondo reale', al di fuori delle sperimentazioni cliniche.

Oggetto di questi studi è stato **l'impiego della PrEP in regimi a base di tenofovir e emtricitabina ad assunzione giornaliera**, in svariati contesti degli Stati Uniti. Dai risultati è emerso che chi assume la PrEP con maggiore regolarità sono proprio coloro maggiormente esposti al rischio di trasmissione.

L'US Demo project, un progetto dimostrativo statunitense, ha indagato l'assunzione della PrEP in uomini gay e bisessuali e donne transgender nelle città di San Francisco, Miami e Washington, riscontrando nel corso di un anno di follow-up un'aderenza dell'85%. I livelli di aderenza più elevati si sono registrati tra quei partecipanti che dichiaravano di aver avuto rapporti non protetti con due o più partner nei tre mesi precedenti.

L'aderenza è risultata notevolmente inferiore tra i partecipanti di Miami: se a San Francisco è arrivata al 90% e a Washington all'88%, a Miami si è fermata al 65%. Il gruppo di Miami era composto da partecipanti generalmente più giovani, spesso di colore e con livelli leggermente meno elevati di comportamenti a rischio HIV. È stata inoltre rilevata una forte associazione tra aderenza e appartenenza etnica: ben il 97% dei partecipanti bianchi presentavano livelli ematici di tenofovir che dimostravano l'assunzione di quattro o più dosi la settimana, contro il 77% dei partecipanti ispanici e solo il 57% di quelli di etnia nera. Lo studio ATN 110 dell'Adolescent Trials Network ha invece arruolato 200 giovani maschi gay e bisessuali in 12 città statunitensi.

Anche in questo caso sono state rilevate oscillazioni nell'aderenza alla PrEP in base all'appartenenza etnica, con livelli più bassi riscontrati nei partecipanti di etnia nera. Quattro persone hanno contratto l'HIV nel corso dello studio, all'8°, 32°, 40° e 48° settimana – il che equivale a un tasso di incidenza annuale del 3,29% all'anno tra i partecipanti. Tutti e quattro avevano assunto la PrEP in qualche momento dello studio, ma nessuno presentava livelli rilevabili di tenofovir nel sangue durante la visita in cui è stata loro diagnosticata l'infezione da HIV.

“ATN 110 ha il merito di aver avvicinato alla PrEP dei giovani MSM che sarebbero eleggibili al trattamento”, ha commentato uno degli autori, la dott.ssa Sybil Hosek.

“Il tasso di incidenza dell'HIV è stato elevato in confronto a quello riscontrato in altri studi aperti, ma – dato l'alto numero di infezioni sessualmente trasmesse incidenti – probabilmente sarebbe stato ancora più elevato se non fosse stata assunta la PrEP.” “Si tratta di giovani che raramente hanno un'assicurazione medica o si rivolgono ai servizi sanitari. Sono necessarie ulteriori ricerche sulle convinzioni relative alla salute dei partecipanti e sul loro livello di fiducia nella PrEP per capire come promuoverne l'uso.”



PREVENIRE L'HIV E' UN GIOCO DA RAGAZZI CON “HIV INFOGAME”

Publicato il 29 luglio 2015 da [redazione](#)

Janssen lancia il primo **serious game per tornare a informare e sensibilizzare sull'infezione da Hiv.**

Non c'è niente di meglio di un gioco interattivo per parlare ai giovanissimi. E allora perchè non usarlo per veicolare messaggi importanti sulla salute, come quelli sull'infezione da Hiv?

L'idea è venuta a Janssen, **farmaceutica del gruppo Johnson & Johnson**, che ha lanciato il primo serious game per tornare a informare e sensibilizzare sulla malattia. Si chiama **“Hiv Infogame” ed è un gioco educativo sull'Hiv che intrattiene l'utente tramite l'interazione con due avatar e i personaggi che li circondano, con quiz e animazioni.**

Un modo semplice e divertente per far arrivare a ragazzi e adolescenti le informazioni pratiche sull'infezione e su come prevenirla nella vita di tutti.

“Hiv Infogame” è un'iniziativa realizzata nell'ambito del progetto **HivNonfermiamoci**, progetto sostenuto da Janssen, Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit) e Anlaids onlus, partito lo scorso 1° dicembre in occasione della Giornata mondiale per la lotta contro l'Aids.

L'obiettivo del gioco è **colmare il calo di informazioni sull'infezione da Hiv**, in particolare nella popolazione giovanile, un problema riferito da molti medici e operatori sanitari.

Ecco come si svolge. «Seguendo le situazioni di vita in cui si imbattono i due personaggi, o le “missioni” che devono affrontare, si scoprono quali comportamenti adottare ed evitare per proteggersi dal rischio di infezione», si legge in una nota. «Al termine di ogni missione, l'utente viene direttamente coinvolto con domande per comprendere quanto è informato, sfatare i falsi luoghi comuni, e quali, in ogni situazione, siano i comportamenti giusti per prevenire il contagio adottando i comportamenti corretti».

In base al numero di risposte corrette l'utente riceve un nastro virtuale, simbolo della lotta all'Aids: nastro d'oro, d'argento o di bronzo. Le missioni sono diverse e si calano nella realtà quotidiana di qualsiasi

adolescente o ragazzo, parlando con termini semplici: scopri cos'è l'Hiv, come proteggersi nei rapporti sessuali, quali sono le modalità di trasmissione, cosa fare in caso di esposizione accidentale al sangue, conoscere il test della saliva rapido, il consulto con il medico, l'Hiv nella quotidianità. A fianco delle spiegazioni sono disponibili dei link utili dei Centri di riferimento a cui rivolgersi e dei numeri utili. È possibile giocare al link www.hivinfogame.it, disponibile anche nella versione mobile e tablet.



AIDS: UN IMPORTANTE CASO DI REMISSIONE A PARIGI

Publicato il 21 luglio 2015 da [redazione](#)

I medici dell'Istituto Pasteur di Parigi hanno annunciato ieri il **primo caso mondiale di regressione del virus dell'Aids**. Si tratta di una ragazza francese di **18 anni, nata sieropositiva nel 1996, contagiata dalla nascita che ha interrotto i trattamenti antiretrovirali ben 12 anni fa**. Come riporta il sito Huffington Post, questo caso, seppure non possa considerarsi una condizione di guarigione, ma di remissione, rappresenta un segnale di speranza per le future terapie.

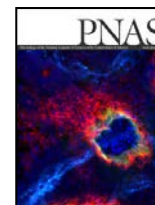
“La giovane non è considerata guarita, ma il caso alimenta speranze sulla possibilità di cura dell'Aids perché non era mai accaduto prima che il virus non si ripresentasse per un periodo così lungo di tempo in assenza di cure. La giovane ha contratto il virus dalla madre, malata di Hiv, o verso la fine della gravidanza o al momento del parto. A circa tre mesi le vengono somministrati dei farmaci antivirali, fin quando all'età di 6 anni i genitori decidono improvvisamente di interrompere le cure per sei mesi e da allora i livelli di virus nel suo sangue sono troppo bassi per essere misurati.

Questa è una forte evidenza dei potenti benefici di iniziare il trattamento contro il virus dell'Hiv il più presto possibile.” È probabile che questa ragazza abbia avuto un così lungo periodo di remissione virologica, perché ha ricevuto una combinazione di farmaci antiretrovirali al più presto dopo l'infezione” ha dichiarato il Dr Asier Saez-Cirion, dell'Institut Pasteur di Parigi. “Con questo primo caso, abbiamo la prova del concetto che la remissione a lungo termine è possibile nei bambini, come negli adulti. Tuttavia, questi casi sono ancora molto rari”.

HIV: SCOPERTI DUE NUOVI BERSAGLI FARMACOLOGICI

Publicato il 25 giugno 2015 da [redazione](#)

Una ricerca italiana ha individuato dei nuovi bersagli farmacologici per combattere l'infezione da Hiv nel sistema nervoso centrale. A scoprirli i ricercatori dell'Irccs Ospedale San Raffaele e dell'Università Vita-Salute San Raffaele, coordinati da Francesca Graziano e Guido Poli.



Il loro studio è stato pubblicato sulla **rivista Proceedings of the National Academy of Science (Pnas)** e mira a identificare strategie per ridurre il numero di cellule infettate al di sotto della soglia necessaria alla ripresa di malattia e alla trasmissione del virus ad altri individui, una volta sospesa la terapia antiretrovirale.

Il virus Hiv infetta i linfociti T e altre cellule del sistema immunitario umano, tra cui i macrofagi, che però non muoiono in seguito all'infezione e sono i principali responsabili della sua propagazione verso il cervello, dove provoca un'encefalite mortale. I macrofagi hanno inoltre la peculiarità di accumulare le particelle virali (virioni) infettive all'interno di compartimenti intracellulari definiti “VCC (Virus-Containing Compartments)”.

Il team, che ha collaborato con Philippe Benaroch dell'Istituto Marie Curie di Parigi, ha scoperto due elementi chiave per controllare l'accumulo e il rilascio dei virioni dai macrofagi infettati senza causare la morte delle cellule. Studiando la molecola Atp (adenosina-trifosfato), hanno dimostrato che esso induce il rapido rilascio dei virioni Hiv dai macrofagi infettati, legando un suo ben noto recettore cellulare, P2X7, espresso alla superficie di molte cellule. Lo studio ha inoltre descritto come l'Imipramina, noto farmaco antidepressivo che inibisce la produzione di microvescicole dalle cellule, sia in grado di bloccare il rilascio di virus indotto dall'Atp quando si lega a P2X7.

«Sia P2X7 che il meccanismo di produzione di microvescicole cellulari rappresentano due potenziali bersagli farmacologici che potrebbero giocare un ruolo chiave per eliminare l'infezione dei macrofagi, cellule particolarmente importanti per l'infezione da HIV del sistema nervoso centrale, ma anche in altri organi e tessuti», spiega uno degli autori dello studio.



COPPIE SIERODISCORDANTI E CONCEPIMENTO. Risultati di uno studio

Publicato il 26 maggio 2015 da [redazione](#)

Uno studio sul sesso non protetto nei giorni fertili.

Lo studio ha rivelato che **per una donna HIV-negativa e un uomo sieropositivo con infezione sotto controllo, il sesso non protetto nei giorni fertili non determinerebbe un alto rischio di trasmissione virale** e sarebbe più efficace in termini di costi rispetto alla profilassi pre-esposizione nei giorni fertili e alla Pma.

Una nuova analisi basata su un modello rivela che per una donna HIV-negativa e un uomo sieropositivo con

infezione sotto controllo che vogliono avere un figlio, il sesso non protetto nei giorni fertili non determinerebbe un alto rischio di trasmissione virale e sarebbe più efficace in termini di costi rispetto alla profilassi pre-esposizione nei giorni fertili e alla procreazione medicalmente assistita (PMA). Guillaume Mabileau, dell'INSERM di Parigi e colleghi affermano che, nei paesi ricchi, **in genere è la PMA ad essere raccomandata nelle coppie sierodiscordanti**. “Questa strategia permette una procreazione sicura ma risulta associata a costi e limiti, come l’accesso a centri di riferimento che spesso si trovano lontani dalla casa della coppia”, dichiarano.

Tra le altre strategie figura “il trattamento come prevenzione” che prevede un rapporto non protetto se l’uomo è sotto terapia antiretrovirale combinata (CART) e ha un carico virale impercettibile. Tali rapporti sono limitati ai giorni fertili e la profilassi pre-esposizione può essere effettuata sempre o nei giorni fertili. “Tuttavia, la profilassi pre-esposizione risulta associata ad ulteriori costi e a una tossicità ignota nelle donne incinte”, aggiungono.

Le linee guida francesi raccomandano la PMA per le coppie sierodiscordanti che cercano di concepire, affermano i ricercatori. Inoltre, **come alternativa suggeriscono anche la strategia “trattamento come prevenzione”, ma non consigliano la profilassi pre-esposizione**. Tuttavia, le linee guida dei Centers for Disease Control and Prevention includono tra gli approcci tale tipo di profilassi.

Per confrontare l’efficacia, la tossicità e i costi delle varie strategie, Mabileau e colleghi hanno progettato un’analisi decisionale basata su un modello per comparare: un rapporto sessuale non protetto (trattamento come prevenzione), un rapporto di questo tipo solo nei giorni fertili, stabiliti in base ai test di ovulazione effettuati sull’urina, il trattamento come prevenzione usando tenofovir/emtricitabina, il trattamento come prevenzione con profilassi pre-esposizione solo nei giorni fertili e una PMA con lavaggio dello sperma e sei tentativi di inseminazione intrauterina.

Il Modello Markov ha simulato una coorte di 10.000 coppie fertili sierodiscordanti che cercavano di concepire in un anno.

Bersagliare i giorni fertili era l’approccio meno costoso, con 786 euro a coppia, mentre la profilassi pre-esposizione era quella più costosa, con 3.836 euro a coppia. La PMA era la seconda opzione più dispendiosa con 3.208 euro a coppia.

Il rischio di trasmissione di HIV era più alto con i rapporti sessuali non protetti, che secondo i ricercatori potevano portare a 5,4 trasmissioni eterosessuali e 0,014 trasmissioni madre-figlio ogni 10.000 gravidanze all’anno. La profilassi pre-esposizione è risultata in 1,8 trasmissioni eterosessuali e 0,005 trasmissioni madre-figlio. I ricercatori hanno stimato che il bersagliamento dei giorni fertili dovrebbe risultare in 0,9 trasmissioni eterosessuali.

La profilassi pre-esposizione nei giorni fertili costerebbe 1.127.725 euro in meno all’anno rispetto al bersagliamento dei giorni fertili, mentre la PMA costerebbe 3.595.000 euro in meno all’anno. **“Il nostro studio suggerisce che concentrarsi sui giorni fertili, determinati grazie al test dell’ovulazione effettuato sull’urina, potrebbe evitare dei notevoli costi legati a molteplici procedure mediche e al trasferimento nei centri di riferimento, spesso collocati nelle più grandi città”,** dichiarano. “Con questa strategia, comunque, il rischio di trasmissione dell’HIV sarebbe molto basso e non così diverso dalla PMA”.

Alcune coppie sierodiscordanti preferirebbero zero rischi di trasmissione e “in questo caso, dovrebbe essere considerata la PMA o anche la profilassi pre-esposizione durante i giorni fertili, ma sarebbe essenziale insistere sull’adesione. Inoltre, i costi dei farmaci dovrebbero essere ridotti per permettere alle strategie di profilassi pre-esposizione di diventare più economiche anche se l’impatto di tale profilassi nel contesto delle coppie sierodiscordanti che desiderano un figlio è probabilmente molto basso”, concludono.

ICAR: SONO 8000 I COINFETTI DA TRATTARE

Publicato il 26 maggio 2015 da [redazione](#)

Alla **Conferenza Italiana su AIDS e Retrovirus** sono state quantificate in **8000 le persone con coinfezione Hiv Hcv da trattare urgentemente con i nuovi farmaci** e in 376 quelle che potranno morire nei prossimi cinque anni se non curate.

Nonostante questi dati l’Aifa oggi non riconosce i coinfezioni come categoria prioritaria per il trattamento, indipendentemente dallo stadio di fibrosi. Per questo, insieme a Nadir e Plus abbiamo chiesto all’Agenzia di attivare subito un tavolo con le associazioni dei pazienti e le case farmaceutiche. Sui 30mila coinfezioni Hiv/Hcv, sono 8000 coloro che, nonostante la malattia di fegato moderata (fibrosi F2 Metavir), progrediranno verso la cirrosi e il cancro del fegato: lo ha affermato Massimo Puoti, Direttore del reparto di malattie infettive all’ospedale Niguarda di Milano, nella lettura sul trattamento dell’Epatite C nelle persone con Hiv, che ha tenuto nell’ambito della Conferenza Italiana su AIDS e Retrovirus – Icar 2015 che si è svolta a Riccione dal 17 al 19 maggio.

“Se queste 8000 persone verranno curate nei prossimi cinque anni potranno essere risparmiate 376 morti e 500 gravi malattie del fegato”, ha affermato Puoti. L’infettivologo ha evidenziato come **i coinfezioni Hiv/Hcv sono considerati categoria da curare in via prioritaria dalle Linee guida dell’Associazione Europea per lo Studio del Fegato (Easl – European Association for the Study of the**



Liver) pubblicate lo scorso aprile, ma non dall'Aifa, che al momento non rimborsa a queste persone i nuovi farmaci.

I dati presentati all'Icar mostrano che le persone che hanno una coinfezione da Hiv/Hcv e una fibrosi F2 hanno la stessa probabilità di progredire verso la cirrosi e il cancro al fegato rispetto a chi, con la stessa fibrosi, ha ricevuto un trapianto di rene, categoria per cui i nuovi farmaci sono oggi rimborsati da Aifa. Crediamo che allo stesso rischio di cirrosi deve corrispondere uguale opportunità di accedere ai nuovi farmaci. Per questo, oggi chiediamo che Aifa riveda i criteri di accesso prioritario e consideri le persone con Hiv/Hcv con Fibrosi F2 Metavir in maniera simile ai trapiantati di organo solido e ai pazienti con malattia extraepatica per i quali i nuovi farmaci per l'Epatite C sono oggi rimborsati.



HIV: LA SPERANZA DI NUOVI FARMACI

Publicato il 23 maggio 2015 da [redazione](#)

«Adesso che sappiamo con quali fattori il virus interagisce, sarà possibile preparare farmaci mirati a bloccare l'integrazione del Dna del virus. Questi potrebbero consentire l'eradicazione definitiva dell'infezione». Con queste parole, pronunciate da

Mauro Giacca, medico ricercatore e direttore del **Centro internazionale di ingegneria genetica e biotecnologie (Icgeb)**, si è **conclusa la VII Conferenza italiana su Aids e retrovirus (Icar) di Riccione**. Nel corso dell'evento, infatti, Giacca ha **presentato la ricerca pubblicata lo scorso marzo su Nature, sottolineando le importanti ricadute che avrà sullo sviluppo di nuove terapie**. «**Abbiamo sviluppato una tecnica di microscopia sofisticata che permette di capire dove va a finire il Dna del virus**», ha detto il ricercatore. «L'abbiamo trovato tutto nella periferia del nucleo, vicino ai pori nucleari, ovvero alle porte di ingresso attraverso cui le molecole entrano e escono dal nucleo. Il virus sfrutta il passaggio attraverso queste porte e, non appena entrato nel nucleo, va a integrare il proprio Dna in quello della cellula».

Questo è con ogni probabilità il motivo per cui la replicazione del virus, una volta raggiunto questo punto preciso, si spegne. In questa maniera, la cellula che contiene il virus sfugge al sistema immunitario e diventa insensibile ai farmaci, **motivo per cui dei 65 milioni di persone infettate dagli anni Sessanta nessuno è mai guarito definitivamente**.

La scoperta di questo meccanismo chiave permetterà di definire nuovi bersagli per la sperimentazione di farmaci.

HIV E MALATTIE INFETTIVE: L'ITALIA TRA I PRIMI PAESI PER LA CURA DEI PAZIENTI

Publicato il 22 maggio 2015 da [redazione](#)

Il nostro Paese si conferma **all'avanguardia nella cura delle malattie infettive**. «**La ricerca italiana è all'altezza delle altre nazioni europee**», afferma Adriano Lazzarin, presidente della **VII Conferenza italiana su Aids e retrovirus (Icar)** svoltasi a Riccione nei giorni scorsi e primario della divisione di Malattie infettive Irccs San Raffaele.

«I farmaci antiretrovirali sono disponibili per tutti. L'Italia è stata efficiente anche nell'ottenerli nella fase di sviluppo; si dovrebbe rendere più rapida la registrazione per averli a disposizione».

Un vantaggio del sistema italiano è che ha fatto un piano di intervento ministeriale con una legge centrata sui professionisti di settore (centri e ambulatori di malattia infettiva, distribuzione farmaci negli ospedali) (L. 135/90). La retention in care è assolutamente più efficace in Italia che in tutti gli altri Paesi occidentali: quello italiano è un modello di intervento da esempio per gran parte del resto del mondo, che porta ad una viremia negativa dell'80% dei pazienti seguiti. Negli Usa, ad esempio, i molteplici passaggi necessari dal test alla cura fino al medico di medicina generale porta a risultati molto più modesti (50%). A testimonianza del primato italiano c'è anche un altro dato: gli 11 progetti finanziati dall'Unione europea sulle malattie infettive guidati da leadership italiana.

Nel corso dell'evento Stefano Vella, direttore del Dipartimento del farmaco dell'Istituto superiore di sanità (Iss) ha annunciato «**un nuovo modello di cooperazione tra gli Stati membri con un progetto denominato EDCTP Plan, che permetterà a breve un nuovo slancio per il reperimento dei fondi, a garanzia della salute globale e della ricerca**».

HIV: DALLA GRAVIDANZA ALLA MENOPAUSA CRESCE LA RICHIESTA DELLE TERAPIE "WOMAN FRIENDLY"

Publicato il 22 maggio 2015 da [redazione](#)

Sono più a rischio d'infezione e arrivano sempre più tardi alla diagnosi di sieropositività. La gestione dell'Aids al femminile rappresenta una delle sfide più significative per gli esperti che dal 17 al 19 maggio si sono confrontati a Riccione nel corso della **VII Conferenza italiana su Aids e retrovirus (ICAR)**. Sono più a rischio di infezione da virus Hiv. Arrivano sempre più tardi alla **diagnosi di sieropositività, che si concentra soprattutto tra i 30 e i 39 anni**. Riescono a controllare la malattia grazie ai farmaci e sempre più spesso sono in trattamento antiretrovirale anche in menopausa, con necessità ben diverse dai coetanei maschi.



Se sul fronte epidemiologico gli ultimi dati del **Centro Operativo Aids (CoA) relativi al 2013 fanno intravedere che i nuovi casi sono ormai ridotti nelle donne rispetto ai maschi (22 contro 78 per cento), rimangono problemi specifici da affrontare per l'altra metà del cielo.**

“La donna, per la stessa struttura dell'apparato genitale, presenta un rischio di contrarre l'infezione che riproduce quello dei maschi omosessuali, anche perché la conformazione della vagina determina un contatto più prolungato con lo sperma e nella mucosa vaginale possono essere più facilmente presenti microlesioni – legate ad esempio al ciclo mestruale – che facilitano l'entrata del virus – spiega Cristina Mussini, Presidente del Congresso, professore associato di Malattie Infettive e direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie Infettive e Tropicali, dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Ciò che più conta, in queste situazioni, è arrivare precocemente alla diagnosi. **Si tratta di un traguardo ancora lontano considerando che oggi spesso l'infezione viene scoperta al momento della gravidanza.** Anche per questo **il massimo tasso di infezioni si concentra nella decade 30-39 anni**”. Esistono quindi peculiarità connesse allo stato di sieropositività femminile che vanno dal desiderio di maternità alla scelta del contraccettivo adatto, fino alla menopausa, che rappresenta una sfida terapeutica anche per le particolari condizioni dell'organismo femminile in questa fase della vita.

Lo studio clinico ARIA

Per definire i contorni di un trattamento antiretrovirale “a misura di donna” è in corso lo **studio ARIA, che include 474 donne naive al trattamento antiretrovirale nel mondo e coinvolge diversi centri italiani.** L'obiettivo di questa ricerca, unica nel suo genere, è **valutare l'efficacia di due regimi terapeutici, uno dei quali già rappresenta una delle combinazioni farmacologiche più utilizzate nel sesso femminile, anche dopo la menopausa** – spiega Antonella Castagna, professore associato di Malattie Infettive presso l'Università Vita e Salute San Raffaele. Verranno messe a confronto una terapia con dolutegravir, abacavir e lamiduvina in un'unica compressa quotidiana e l'associazione terapeutica attualmente considerata particolarmente valida per le donne atazanavir-ritonavir, tenofovir ed emtricitabina (3 compresse/die).

L'obiettivo primario dello studio è valutare l'efficacia dei due regimi dopo 48 settimane di trattamento, misurata attraverso la proporzione di donne che raggiungeranno una carica virale plasmatica non rilevabile.

Uno degli aspetti particolarmente interessanti dello studio è che verrà posta attenzione alla percezione individuale del grado di soddisfazione della terapia in corso. E inoltre sulla valutazione dell'impatto delle due terapie sul profilo lipidico, sulla funzionalità renale e sulla salute delle ossa, particolarmente significativa per le donne in menopausa”.

Questo obiettivo appare di grande importanza considerando anche la situazione epidemiologica italiana dell'infezione da virus HIV **Secondo i dati del Rapporto Icona relativi all'età media delle sieropositive in trattamento nel periodo 2012-2014 si vede che questa si assesta intorno ai 39,5 anni.** Ma c'è un altro dato che colpisce: **il 28,2 per cento delle donne oggi in cura è over-50** e questo significa che anche sul fronte della terapia dobbiamo identificare **trattamenti “friendly”**, che non abbiano impatto sull'osso e che ci consentano di evitare interazioni con altri farmaci impiegati per la cura di altre patologie eventualmente presenti.

“Gli effetti collaterali dei farmaci antiretrovirali sono stati fondamentalmente studiati nei maschi e poi adattati alla popolazione femminile: oggi ancora non sappiamo quale impatto possano avere sulla donna, specie in alcune fasi della vita come la menopausa – conferma Margherita Errico, Presidente di NPS (Network Persone sieropositive). Le cifre parlano chiaro: il 22,7 delle nuove diagnosi di Hiv tra le donne nel 2013 su un totale di 794 (dati Coa) è nella fascia di età tra i 30 e i 39 anni. e il 17,9 per cento tra i 40 e i 49. Questo significa in prospettiva che avremo una prevalenza di donne presto in menopausa. Ci sono poi situazioni, come la menopausa precoce, che si potrebbero prevenire grazie a migliori conoscenze sull'organismo femminile in caso di infezione da virus Hiv. Occorre però, sul fronte scientifico e sociale, che la donna venga messa in grado di essere arruolata negli studi clinici, visto che quasi sempre è il caregiver dell'intera famiglia e quindi può avere poco tempo per aderire completamente ai controlli previsti dal protocollo di studio. Un maggior coordinamento sarebbe fondamentale per poter dare la possibilità alle donne di partecipare ai trials e quindi ottenere i dati e le informazioni che ancora oggi mancano”.

AIDS. IL PUNTO SULLE INIZIATIVE DEL MINISTERO DELLA SALUTE E DELL'ISS

Pubblicato il 12 marzo 2015 da redazione

Dalle attività di comunicazione alle linee guida per i trattamenti sanitari.

Focus sul tema della discriminazione nei luoghi di lavoro e la prevenzione nella popolazione migrante.

Il ministro Lorenzin ha inviato la **Relazione annuale al Parlamento**, prevista dalla legge 135 del 1990 per la lotta all'Aids, sulle attività svolte dal Ministero nell'ambito dell'informazione, prevenzione, assistenza e attuazione di progetti relativi all' Hiv/Aids. La relazione riporta, inoltre, le attività svolte dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'Aids e l'attività svolta dall'Istituto superiore di sanità, in particolare le iniziative in tema di sorveglianza dell'infezione da Hiv e dell'Aids, di ricerca e di consulenza telefonica (Telefono Verde AIDS e IST).

UNA RICERCA ITALIANA SVELA IL NASCONDIGLIO DEL VIRUS DELL'AIDS ALL'INTERNO DI ALCUNI GENI

Publicato il 10 marzo 2015 da [redazione](#)



Una ricerca italiana realizzata all'Icgeb di Trieste e pubblicata sulla rivista Nature, **svela il nascondiglio del virus dell'AIDS all'interno di alcuni geni.**

L'HIV-1 si rintana di preferenza sulla superficie esterna del nucleo, in corrispondenza dei 'pori'. La scoperta apre la strada a nuove strategie terapeutiche.

E' noto da tempo che il virus HIV-1 si integra di preferenza con un gruppo di geni del genoma dell'ospite. Non era chiaro, fino ad oggi, cosa spinga il virus ad integrarsi proprio con quei geni e non altri.

Una ricerca realizzata dal gruppo di Mauro Giacca, direttore del centro di Medicina Molecolare dell'Icgeb (International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology) di Trieste ha svelato infatti il nascondiglio dell'HIV-1, dimostrando che **il virus si rintana nel rivestimento esterno del nucleo dei linfociti**, in stretta corrispondenza con un poro nucleare. Questa regione contiene una serie di geni, bersagli preferiti dal virus, caratterizzati dalla presenza di marcatori cromatinici di attivazione trascrizionale, prima che si verifichi l'infezione.

Al contrario, il virus sembra detestare le regioni eterocromatiche nei domain associati alla lamina nucleare, come anche altre regioni trascrizionalmente attive, localizzate nella parte centrale del nucleo.

Assolutamente indispensabile per l'integrazione periferica del virus è la presenza di integrasi virali funzionanti e di due fattori di integrazione (il Nup153 cellulare e il LEDGF/p75). Una volta rintanato nel poro nucleare, il DNA del virus prende contatto con varie nucleoporine e questa associazione partecipa alla regolazione trascrizionale del genoma virale. L'individuazione del nascondiglio del virus è una scoperta fondamentale perché è lì che l'HIV-1 riesce a sfuggire all'azione dei farmaci.

"Questi risultati – concludono gli autori – indicano che la topografia del nucleo è un determinante essenziale del ciclo vitale dell'HIV-1."



HIV E AIDS: PARTICOLARI PROTEINE FAVORISCONO LA REPLICAZIONE DEL VIRUS

Publicato il 10 marzo 2015 da [redazione](#)

Si tratta delle nucleoporine, proteine che, come dei cancelli aperti, aiutano il virus ad entrare nel nucleo (il cuore) della cellula, **favorendo la diffusione dell'Hiv di tipo 1.**

In futuro si potrebbero sviluppare farmaci che agiscano sul virus prima che si impianti nel nucleo cellulare. Queste le conclusioni dello studio [Chromatin organization at the nuclear pore favours HIV replication](#) del Cnr e dell'Istituto Pasteur su Nature Communications.

L'identificazione di un importante meccanismo di diffusione del virus Hiv arriva oggi da uno studio scientifico che potrebbe aprire le porte a **nuove prospettive terapeutiche** mirate su questo specifico processo: alcune proteine, chiamate nucleoporine, contribuiscono al passaggio del virus Hiv di tipo 1 dal citoplasma (parte più esterna) della cellula al nucleo (il cuore) cellulare, favorendone la replicazione e l'integrazione nel genoma umano.

La ricerca è stata condotta dai ricercatori dell'Istituto di tecnologie biomediche del Consiglio nazionale delle ricerche (Itb-Cnr), dell'Istituto Pasteur di Parigi, in collaborazione con l'Albert Einstein College of Medicine di New York e il centro di Statistica e scienze biomediche del San Raffaele di Milano. Lo studio è pubblicato su Nature Communications.

Come dei cancelli che consentono l'entrata di sostanze nel nucleo, queste proteine sono i pori nucleari (infatti si chiamano proteine del complesso del poro nucleare Npc) che favoriscono l'ingresso del virus in una zona centrale della cellula, che contiene il materiale genetico e provvede alla duplicazione del Dna.

"I pori nucleari, composti da nucleoporine, controllano il passaggio di molecole tra il nucleo e il citoplasma all'interno della cellula", spiega Ermanno Rizzi dell'Itb-Cnr, "e le proteine che lo compongono svolgono un ruolo cruciale nella fisiologia delle cellule, poiché gestiscono l'organizzazione tridimensionale della cromatina, la cui struttura è responsabile dell'attivazione dei geni, sia cellulari che di eventuali ospiti come Hiv". La cromatina è un componente essenziale del nucleo della cellula, che comprende le strutture Dna Rna e proteine. In particolare, i ricercatori si sono soffermati su due specifiche nucleoporine. "Per comprendere il meccanismo virus/cellula", spiega Francesca Di Nunzio dell'Istituto Pasteur di Parigi, coordinatrice della ricerca, "abbiamo usato metodologie di microscopia ed elevata risoluzione (Storm) e test di biologia molecolare, per capire il ruolo specifico di due nucleoporine strettamente interconnesse tra loro, la Nup153 e la 'Tpr'. A favorire il passaggio del virus nel nucleo attraverso i pori, sarebbe proprio la **nucleoporina Nup153**, mentre la **Tpr**, avrebbe l'effetto di mantenere la cromatina attiva in prossimità del poro favorendo la replicazione del virus e confermando la stretta relazione tra loro". Insomma, queste due proteine si 'alleano' tra loro favorendo la replicazione del virus.

"L'analisi di tale meccanismo è stata possibile grazie anche a tecnologie di sequenziamento ad alta processività come il Next Generation Sequencing (Ngs)", sottolinea Ermanno Rizzi, "che ha consentito di evidenziare l'integrazione delle sequenze virali nel genoma umano. I risultati ottenuti favoriranno lo sviluppo di nuovi farmaci in grado di agire sul virus prima ancora che possa entrare nel nucleo ed infettare la cellula".

La ricerca è stata finanziata dall'Istituto Pasteur, ANRS, Region Ile-de-France e MIUR- Futuro in ricerca. Lo studio fa seguito ad altri lavori pubblicati su Virology e su Virus Research, sempre coordinati dalla ricercatrice Di Nunzio.

FERMIAMO L'AIDS TRA I GIOVANI CON #EndAdolescentAIDS

Publicato il 19 febbraio 2015 da [redazione](#)



È partita la **campagna All in #EndAdolescentAIDS per mettere fine all'epidemia AIDS tra bambini e adolescenti**. Secondo i dati ufficiali, l'AIDS è la seconda causa di morte nel mondo tra gli adolescenti. Generalmente più colpiti rispetto alle altre fasce d'età. Ecco perché **UNAIDS** e **UNICEF**, insieme ad altri partner internazionali e leader politici, riuniti a Nairobi, hanno lanciato la nuova piattaforma d'azione per incitare i paesi maggiormente interessati dalla sciagura a rivedere le politiche interne.

Quattro i campi d'azione.

1. Partecipazione attiva da parte dei giovanissimi.

2. Miglioramento della raccolta dati.

3. Presentazione di approcci innovativi per la lotta all'AIDS, che tengano conto dei bisogni degli adolescenti.

4. Inclusione della lotta all'HIV tra i minori negli obiettivi principali delle agende nazionali.

Nel 2013, il virus contava 2,1 milioni di giovani vittime. [#EndAdolescentAIDS – brochure](#)



AIDS: IL VIRUS STA DIVENTANDO MENO AGGRESSIVO

Publicato il 29 dicembre 2014 da [redazione](#)

Secondo uno studio pubblicato sulla rivista Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS), il virus sta evolvendo verso forme meno violente in cui la capacità di replicarsi e di progredire verso lo sviluppo della malattia risulta rallentata.

Il rallentamento dovuto anche alla sempre maggiore diffusione degli antiretrovirali.

L'evoluzione del virus dell'HIV (virus dell'immunodeficienza umana), che ha portato il virus stesso a sviluppare una resistenza all'immunità naturale dell'individuo, allo stesso tempo potrebbe contribuire ad un rallentamento della sua capacità di causare l'Aids (sindrome di immunodeficienza acquisita), lo stadio conclamato della malattia. Ad affermarlo è uno studio pubblicato sulla prestigiosa rivista Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS), condotto dai ricercatori dell'Università di Oxford nel Regno Unito insieme ad un gruppo internazionale di ricercatori del Sudafrica, Canada, Tokyo e Microsoft Research, e finanziata da the Wellcome Trust.

I risultati dello studio mostrano che la popolazione sieropositiva sembra andare più lentamente verso lo sviluppo della malattia e il virus sembra meno aggressivo rispetto al passato, grazie all'ampia diffusione dei farmaci antiretrovirali (ART).

Come sempre nell'ambito della ricerca scientifica, il risultato di questo studio deve essere approfondito da ulteriori analisi e "non bisogna abbassare la guardia nella lotta contro la malattia", come ha sottolineato il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin in occasione della Giornata Mondiale dell'Aids, celebrata lo scorso 1 dicembre. Un'infezione le cui nuove diagnosi in Europa risultano aumentate dell'80% dal 2004 ad oggi (aumento dovuto principalmente ai nuovi casi dell'Europa dell'Est).

La ricerca su PNAS è stata condotta in Sudafrica e Botswana, due paesi ad ampia diffusione del virus. Qui, **i ricercatori hanno arruolato più di 2000 donne sieropositive**.

La prima indagine ha preso in considerazione se l'interazione tra il virus e la risposta immunitaria dell'organismo abbia portato ad una diminuzione della virulenza dell'HIV.

I 'riflettori' in questa prima parte dello studio sono stati puntati sugli HLA (antigeni umani leucocitari), i quali permettono al sistema immunitario umano di distinguere tra le proteine proprie dell'organismo e le proteine appartenenti ad agenti patogeni. Le persone con un gene che esprime una particolare proteina HLA, chiamata HLA-B*57, beneficiano di un effetto protettivo, una sorta di 'scudo' contro l'HIV, che generalmente rallenta la progressione del virus verso l'Aids.

Dallo studio emerge che in Botswana, dove l'HIV ha subito un'evoluzione più lunga nel tempo rispetto al Sudafrica, le persone sieropositive godono maggiormente di tale effetto protettivo di questo gene e allo stesso tempo, l'adattamento evolutivo alla proteina HLA-B*57 ha comportato che la capacità del virus di replicarsi risulti notevolmente ridotta, con una riduzione della virulenza dell'HIV.

Nella seconda parte dello studio, inoltre, **hanno esaminato l'impatto dei farmaci antiretrovirali sul virus, sviluppando un modello matematico che ha messo in evidenza come il trattamento selettivo su persone con bassi valori CD4 accelera l'evoluzione del virus verso forme con minore capacità di replicarsi**.

Questa ricerca mette in evidenza il fatto che l'adattamento del virus a risposte immunitarie rese quanto più ci è possibile efficaci comporta un costo significativo per il virus in termini di capacità di replicarsi, ha affermato il Professor Phillip Goulder dell'Università di Oxford. Qualsiasi cosa possiamo fare per aumentare tale pressione sull'HIV può consentire agli scienziati di ridurre nel tempo il potere distruttivo del virus.

L'utilizzo diffuso degli ART è un passo importante verso il controllo dell'HIV, ha dichiarato Mike Turner, Capo del Dipartimento Infection and Immunobiology al Wellcome Trust. Questa ricerca individua un esempio rappresentativo di come ulteriori indagini sull'HIV e sulla resistenza ai farmaci possano aiutare gli scienziati a eliminare il virus.

HIV E AIDS IN TOSCANA – Dati ARS

Publicato il 4 dicembre 2014 da [redazione](#)



World AIDS Day: stabili i casi di HIV e AIDS in Toscana, ma la diagnosi è spesso tardiva.

Anche quest'anno la giornata mondiale contro l'AIDS rappresenta un'opportunità globale per sfruttare la forza del cambiamento sociale, mettere l'uomo al centro e, come sottolinea lo slogan di questa edizione, tentare di chiudere il gap tra coloro che accedono a trattamenti e cure e gli altri che sono lasciati indietro. La giornata offre lo spunto per fare il quadro della situazione su HIV e AIDS in Toscana.

Dal 1986 la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), stadio clinico terminale del virus dell'Immunodeficienza umana (HIV), è in Italia una malattia a **notifica obbligatoria**.

Dalla metà degli anni '90, con l'introduzione della **terapia antiretrovirale**, il tasso di letalità da AIDS si è fortemente ridotto, è diminuito il numero di persone malate di AIDS e aumentato quello di coloro che hanno contratto l'HIV. Il Registro dei casi notificati di AIDS non può essere più sufficiente, pertanto, a identificare i cambiamenti dell'infezione da HIV e il Ministero della salute ha istituito a tal fine il **Sistema di sorveglianza nazionale** delle nuove diagnosi di infezione da HIV, sottoponendole a notifica obbligatoria a partire dal 2008.

In Toscana, il sistema di sorveglianza di HIV e AIDS è affidato all'Agenzia regionale di sanità che gestisce dal 2004 il Registro regionale AIDS (**RRA**) e dal 2009 la notifica delle nuove diagnosi di HIV.

HIV E AIDS IN TOSCANA è una pubblicazione a cura dell'ARS che riporta i principali risultati dei due sistemi di sorveglianza.

GIORNATA MONDIALE AIDS. E' ALLARME IN EUROPA

Publicato il 4 dicembre 2014 da [redazione](#)



Negli ultimi 10 anni +80% di diagnosi di HIV. Quasi tutte nei Paesi dell'Est europeo. Si è passati dalle 76 mila diagnosi del 2004 alle 136mila del 2013, il dato nell'ultimo Rapporto europeo dell'ECDC e dell'OMS.

Il 77% dei nuovi casi nell'Europa orientale. Raccomandato l'uso degli antiretrovirali in caso di sieropositività anche a coppie in cui solo uno dei due partner è sieropositivo. Resta poi il grande obiettivo più generale di colmare il gap tra paesi ricchi e paesi poveri.

Aumentano dell'80%, in Europa, dal 2004 ad oggi, le nuove diagnosi di infezione da HIV: se nel 2004 circa 76 mila persone in Europa e nell'Asia centrale avevano scoperto di aver contratto il virus, nel 2013 ben 136mila persone hanno ricevuto tale diagnosi: dunque, le cifre sono cresciute quasi di ottanta punti percentuali. Sono alcuni dei dati del Rapporto realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) HIV/AIDS surveillance in Europe 2013, presentati in occasione della Giornata Mondiale dell'Aids 2014.

L'aumento è stato concentrato soprattutto nei paesi dell'Europa Orientale e dell'Asia Centrale (105mila diagnosi nel 2013) e in misura minore nell'Unione Europea e nell'Area Economica Europea (EEA).

“Nell'Europa Orientale, dove sono state segnalate il 77% di tutte le nuove infezioni, due terzi dei casi tra tossicodipendenti sono stati rilevati in ritardo”, ha sottolineato Zsuzsanna Jakab, Direttore Regionale OMS per l'Europa. “Ciò significa che aumenta la loro probabilità di trasmettere il virus e di morire e il loro trattamento è più costoso. Nuove Linee guida dell'OMS sono disponibili per i paesi affinché si concentrino su quelli a più alto rischio di infezione da HIV; esse forniscono un forte appoggio a provati interventi di riduzione dei danni per chi si inietta droghe. Mediante un'azione mirata, possiamo ancora invertire la tendenza”.

“Guardando i nostri dati, si vede chiaramente che **in Europa le popolazioni più a rischio di infezione da HIV non vengono raggiunte in maniera abbastanza efficace**, in particolare gli uomini che hanno rapporti sessuali con partner maschili”, spiega Marc Sprenger, Direttore dell'ECDC. “Nella UE/EEA, i **contatti sessuali tra uomini rappresentano ancora la modalità predominante con cui avviene la trasmissione dell'HIV**, che determina il **42% delle nuove diagnosi di infezioni da HIV**”.

Sprenger aggiunge: nel 2013, “il numero di diagnosi di HIV in questo gruppo è aumentato del 33% rispetto al 2004. Ecco perché la prevenzione e il controllo del virus tra gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini deve essere una pietra miliare dei programmi nazionali sull'HIV in Europa”.

Nella lotta contro l'HIV alcuni importanti risultati sono stati raggiunti in Europa, grazie agli sforzi collettivi: tra questi la quasi completa eliminazione della trasmissione del virus da madre a figlio, ha spiegato Vytenis Andriukaitis, Commissario Europeo DGSANCO (Direzione Generale per la Salute e i Consumatori), che, durante la Conferenza Ministeriale, presso il Ministero della Salute, sul tema HIV/AIDS per il semestre

italiano di Presidenza Europea, illustra come in Europa il numero di infezioni da HIV sia elevato e sia aumentato in alcuni gruppi di rischio.

Nel 2013 in Italia circa 3600 persone hanno scoperto di aver contratto il virus dell'HIV. Lo ha riferito il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin durante la stessa Conferenza. **Nell'84% dei casi l'infezione è causata da rapporti sessuali non protetti.** Inoltre, sempre nel nostro paese 800 bambini sono sieropositivi. Anche in Italia, dunque, il problema non è affatto esaurito, come ha spigato il Ministro, invitando tutti a "non abbassare la guardia".

HIV/AIDS: le raccomandazioni OMS

Il World Aids day 2014 è una manifestazione globale che rappresenta un'opportunità per sensibilizzare l'opinione pubblica su un problema che continua ad essere una delle principali sfide al mondo per la salute dell'uomo e far sì che finalmente si possa 'colmare il gap' – che è anche lo slogan della campagna informativa di oggi – nell'accesso alla prevenzione e al trattamento dell'HIV per tutti.

Globalmente, circa 35 milioni di persone sono sieropositive e nel 2013 sono state registrate oltre 2 milioni di nuove infezioni da HIV (virus dell'immunodeficienza umana). Sono i dati riportati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che, in occasione della Giornata Mondiale pubblica un [Supplemento alle Linee guida del 2013](#), relative al trattamento con farmaci antiretrovirali (ARV). Il Supplemento, intitolato 'Linee guida sulla profilassi per l'HIV dopo l'esposizione ed uso di cotrimoxazolo nella profilassi per infezioni correlate ad HIV negli adulti, adolescenti e bambini', riporta importanti avanzamenti nell'uso degli ARV ed ha l'obiettivo di fornire una **semplificazione nell'approccio alla profilassi una volta avvenuta l'esposizione al virus e nell'uso del cotrimoxazolo per prevenire infezioni e malaria.**

Nel 2013, l'OMS includeva nelle raccomandazioni l'indicazione di fornire il trattamento, in caso di sieropositività, a tutti i bambini con meno di cinque anni, alle donne in gravidanza e in allattamento, a tutti i pazienti sieropositivi con tubercolosi o epatite B, e a tutte le coppie in cui anche uno solo dei due partner abbia l'HIV; inoltre nel luglio 2014, l'OMS raccomandava di "prendere in considerazione l'assunzione di farmaci antiretrovirali come ulteriore metodo di prevenire l'infezione da HIV (profilassi pre-esposizione), affiancata all'uso del condom".

Gli obiettivi globali

Porre fine alla pandemia entro il 2030. È l'obiettivo di UNAIDS, il programma congiunto delle Nazioni Unite per l'HIV/Aids, che potrà essere realizzato solo se entro il 2020 si intensificheranno significativamente le attuali risposte all'epidemia. Lo riferisce la LILA, Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids, che dal 1987 è impegnata nel combattere la malattia. L'obiettivo internazionale, entro il 2020, è quello di raggiungere la quota del 90% nel numero delle diagnosi complessive, il 90% di pazienti in trattamento e nell'abbattimento del 90% della carica virale delle persone che assumono farmaci antiretrovirali: per questo l'obiettivo è denominato 90x90x90.



DOSSIER HIV-AIDS 2014 DEL CESDA

Publicato il 1 dicembre 2014 da [redazione](#)

In occasione della Giornata Mondiale della Lotta all'AIDS del 1° dicembre il Cesda ha realizzato, come ogni anno, un dossier di aggiornamento sul tema dell'Hiv/AIDS.

Il dossier contiene dati epidemiologici regionali, nazionali e mondiali, indicazioni dei servizi dedicati e materiale documentale di vario tipo utile all'approfondimento. Il dossier CESDA del 2014 è disponibile, oltre che in cartaceo, anche in versione on-line: [Dossier giornata mondiale AIDS 2014](#)



Di seguito sono riportati, in ordine cronologico, gli articoli pubblicati sul sito www.retecedro.net

Si tratta di report di ricerche, abstract di articoli di riviste scientifiche, iniziative di prevenzione di interesse generale.

Per una lettura più esaustiva sul tema HIV/AIDS si rimanda alla sezione tematica del sito Rete Cedro.



EUROPEAN AIDS CONFERENCE. LA CURA DEI PAZIENTI ANZIANI

Publicato il 26 ottobre 2015 da [redazione](#)

European AIDS Conference. La cura dei pazienti “anziani”: raddoppia rischio cancro e fratture. Ma cresce anche probabilità di epatiti e altre malattie
Le terapie contro il virus dell’Hiv consentono al paziente infetto di vivere più a

lungo, ma aumentano anche i rischi di contrarre altre malattie e proprio questo rappresenta la nuova direzione verso la quale si dovranno muovere gli esperti riuniti a Barcellona.

È stato presentato nella giornata inaugurale della 15 Conferenza Europea sull’AIDS, tenutasi a Barcellona, il supplemento alla rivista HIV Medicine, “Going beyond undetectable: A review of the unmet long-term health needs of people living with HIV”, che chiede un nuovo approccio alla gestione della patologia orientato verso la cura del paziente con più alta aspettativa di vita.

Oggi il malato di AIDS vive sempre più a lungo, ma l’assunzione per periodi prolungati deifarmaci usati per il trattamento possono amplificare e accelerare il normale processo di invecchiamento. Pertanto, mentre invecchiano, i pazienti accumulano fattori di rischio associati alla gestione a lungo termine e hanno maggiori probabilità di sviluppare altri disturbi – come le malattie renali, cardiache o epatiche – alcuni tipi di tumore e disturbi del metabolismo delle ossa. Comorbidità come queste, legate all’HIV, precisano gli autori, avranno un impatto sempre maggiore sulla malattia stessa.

“Che le persone affette da HIV possano aspettarsi di invecchiare è senz’altro un grande risultato”, ha dichiarato Antonio Antela uno degli autori del supplemento, del Dipartimento Malattie Infettive, dell’Ospedale universitario di Santiago di Compostela, Spagna. È quindi indispensabile “fissare nuovi obiettivi che vadano oltre il raggiungimento di una viremia non rilevabile, fino a includere la gestione proattiva delle comorbidità associate, in modo che i nostri pazienti possano godere di una buona qualità della vita, piuttosto che semplicemente vivere più a lungo”, prosegue Antela. Entro il 2030, circa l’84% di coloro che vivono con l’infezione avrà una comorbidità senile. Molte sono le patologie che mostrano una correlazione diretta tra età e virus dell’HIV, dall’ipertensione al diabete, dai disturbi mentali agli attacchi di panico, dai tumori alle malattie epatiche.

Chi convive con l’HIV, ha il doppio delle probabilità di contrarre un tumore rispetto alla popolazione generale (12% – 6%). Il paziente con HIV presenta ben l’8% in più di probabilità di sviluppare un’epatite cronica rispetto alla popolazione generale (8% – 1%).

La percentuale per il rischio di fratture schizza la 50% in più, mentre per quanto riguarda le malattie cardiache il rischio di ipertensione è del 43% in più contro 30% della popolazione generale e così per angina pectoris (6 % vs 4%), infarto miocardico (5% vs 1%) e insufficienza arteriosa periferica (4% vs 1%). Altro discorso invece è quello legato alle malattie neurodegenerative e ai disturbi dell’umore. Il disturbo neurocognitivo associato all’HIV (HAND) è costituito da una serie di problemi che, in alcuni pazienti – anche se trattati con terapia antiretrovirale (ART) – possono essere causati dall’HIV. La HAND si osserva nel 52-59% delle persone che vivono con l’HIV. Inoltre, in Europa il disturbo depressivo maggiore interessa fino al 26% delle persone con HIV, rispetto al 7% della popolazione generale.

In tutto il mondo, sono 36,9 i milioni di persone affette da HIV, 2,3 in Europa e quasi il 30% di coloro che convivono con la malattia nei Paesi sviluppati ha più di 50 anni. In un quadro del genere l’approccio alle terapie non può che cambiare. In primis occorre adottare una strategia di cura multidisciplinare; il coinvolgimento a 360° degli operatori sanitari di tutte le discipline specialistiche potenzialmente correlate all’HIV riduce il rischio di comorbidità associate all’invecchiamento con HIV. I piani terapeutici devono essere sviluppati intorno al singolo individuo che convive con l’HIV e devono incorporare un attento monitoraggio degli aggiornamenti delle linee guida sulle best practice. Sviluppare nuovi strumenti specifici per la popolazione con HIV sarà fondamentale nell’ottica del lungo periodo come

anche sviluppare un'attenta valutazione medica dei pazienti, atta a garantire l'individuazione tempestiva delle patologie.

Infine, occorrono diagnosi più tempestive: si calcola infatti che con una diagnosi precoce e quindi un immediato trattamento permettono di ottenere una riduzione del 57% dei tassi di malattie gravi e di morte. Quindi approccio multidisciplinare e prevenzione. Per il paziente affetto da HIV, il punto non è vivere più a lungo, ma vivere più a lungo con una buona qualità di vita.

AIDS ALLARME DIAGNOSI TARDIVE

Publicato il 26 ottobre 2015 da [redazione](#)



La conseguenza delle diagnosi tardive è il permanere di un **numero rilevante di portatori inconsapevoli**, proprio in un momento in cui le opzioni terapeutiche hanno una grande possibilità di successo, legata soprattutto ad un inizio precoce e ad un monitoraggio virologico attento. Se ne è parlato al congresso dell'Amcli.

Negli ultimi anni a livello italiano ed internazionale si è assistito ad un cambiamento epidemiologico che vede come modalità di trasmissione predominante quella sessuale, con un aumento delle diagnosi tardive, a sua volta legato ad una ridotta percezione del rischio a livello di popolazione. La conseguenza è il permanere di un numero rilevante di portatori inconsapevoli, proprio in un momento in cui le opzioni terapeutiche hanno una grande possibilità di successo, legata soprattutto ad un inizio precoce e ad un monitoraggio virologico attento”.

Il fenomeno e le sue ripercussioni sono stati al centro degli **incontri dedicati all'HIV tenuti nell'ambito del XLIV Congresso nazionale dell'Amcli – Associazione microbiologi clinici italiani** che si è svolto a Rimini.

“Negli ultimi anni si è sempre più consolidata la consapevolezza che l'eradicazione del virus non è un obiettivo raggiungibile, mentre **si sta affermando il concetto di cura funzionale, cioè la possibilità di mantenere sotto controllo l'infezione anche senza una terapia continuativa**. In questo il laboratorio di microbiologia ha un ruolo fondamentale sia per identificare i soggetti infetti che possono essere avviati alla terapia, sia per seguire attentamente i parametri virologici classici nel corso della gestione del paziente, sia per aiutare i clinici con test che prendono in considerazione i reservoir del virus, la replicazione residua ed altri parametri innovativi utili ad identificare quei pazienti che hanno più possibilità di controllare il virus con regimi terapeutici ridotti o addirittura sospesi” ha ricordato Maria Rosaria Capobianchi, Componente del Direttivo Amcli. “Tutto questo sottolinea ancora una volta quanto il laboratorio di microbiologia sia importante sia nella quotidianità della gestione dei pazienti sia nell'identificare nuovi biomarcatori alla luce dei cambiamenti epidemiologici e terapeutici. E' quindi importante che il nostro ruolo venga riconosciuto a tutti gli effetti e, non ultimo, nei momenti decisionali di allocazione delle risorse” ha concluso Pierangelo Clerici, Presidente Amcli.

HIV – IL TEST DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Publicato il 29 settembre 2015 da [redazione](#)

Uno studio britannico, condotto tra i medici di base di un sobborgo di Londra e pubblicato su Lancet, ha **mostrato l'importanza dell'inserimento del test rapido dell'HIV nei livelli di assistenza primaria**. Nel gruppo che ha effettuato i test, le diagnosi precoci sono state più del doppio rispetto al gruppo di controllo.

Il test rapido per l'HIV (HIV antibody test) nelle cure primarie **conduce a un incremento e a una rilevazione più precoce delle persone infette**.

Tra il 2010 e il 2012, i ricercatori della Queen Mary University of London, guidati da Werner Leber, hanno condotto un trial controllato e randomizzato a gruppi per verificare se la somministrazione del test rapido nella pratica delle cure primarie possa generare un aumento di diagnosi precoci. A questo studio hanno preso parte quaranta medici di base del borgo londinese di Hackney.

Venti medici sono stati assegnati al gruppo di intervento, che aveva il compito di fare training allo staff di collaboratori e di effettuare test HIV di routine al momento di presa in carico di nuovi pazienti (n=44,971). Il gruppo degli altri venti medici, invece, non ha inserito il test rapido dell'HIV tra le cure primarie (n=38,464). Complessivamente, nel periodo dello studio, sono state effettuate 46 nuove diagnosi, di cui 32 nel gruppo di intervento precoce e 14 nel gruppo delle cure normali. Tutti i pazienti HIV positivi sono stati poi avviati alle cure specialistiche. **“Il test rapido dell'HIV è una delle numerose armi che abbiamo a disposizione per prevenire l'infezione – hanno commentato Amanda Castle e Irene Kuo, della George Washington University di Washington (USA) – pertanto gli interventi che possono essere effettuati a tutti i livelli della terapia dell'HIV dovrebbero essere sviluppati nella prospettiva di un obiettivo terapeutico coordinato e di effetto a lungo termine, allo scopo di ridurre la trasmissione globale dell'HIV”.**



RISCHIO AIDS PER CHI USA SOSTANZE

Publicato il 29 settembre 2015 da [redazione](#)

Lila: “In Italia rischio Aids per chi usa sostanze 15 volte superiore che in Europa”. La causa di questa situazione, spiega il presidente della Lega Italiana per la Lotta contro l’Aids Massimo Oldrini, “è da ricercarsi nell’**assenza di offerta dei test nel 69,5% dei Sert italiani e nella completa assenza nel nostro paese di una politica di**

riduzione del danno”.

“In Italia il 43% delle persone che assumono sostanze per via iniettiva arriva tardi alla diagnosi da Hiv, una percentuale ben maggiore di quella europea che è del 29%”.

Lo denuncia, in occasione della giornata internazionale sulle droghe, il presidente della Lega Italiana per la Lotta contro l’Aids (LILA) Massimo Oldrini. “La causa di questa situazione – spiega – è da ricercarsi nell’assenza di offerta dei test nel 69,5% dei Sert italiani e nella completa assenza nel nostro paese di una politica di riduzione del danno”.

Questa situazione fa sì che **molte persone che consumano sostanze scoprono di avere l’Hiv solo quando il loro sistema immunitario è fortemente compromesso.**

“Insieme alla diagnosi di Hiv, viene quindi fatta quella di Aids, con **gravi ripercussioni sia sulla salute degli individui sia sulla collettività**“. Per Oldrini l’**offerta del test Hiv, la disponibilità di siringhe sterili e la terapia sostitutiva per i gruppi vulnerabili, come le persone che usano sostanze per via iniettiva, “sono pratiche di riduzione del danno raccomandate dall’Organizzazione Mondiale della Salute e dall’Unaid che l’Italia sta ignorando completamente”**, sottolinea il presidente della LILA.

“In particolare la situazione è drammatica nelle carceri dove è vietato l’uso di siringhe e condom nonostante diversi studi abbiano affermato che vengono consumate droghe”.

“Valutiamo con favore la nuova apertura del Dipartimento per le Politiche Antidroga alle consultazioni delle organizzazioni della società civile”, conclude Oldrini. A livello internazionale, in vista della prossima Assemblea Onu sulle droghe (Ungass 2016) la LILA auspica un cambio di scenario nell’approccio al tema, che comprenda la revisione delle convenzioni internazionali e la legalizzazione regolamentata delle sostanze, “perché la criminalizzazione e l’illegalità nella quale sono costrette milioni di persone che usano droghe sono i miglior alleati dell’Hiv”.

PREVENZIONE DELL’HIV IN CARCERE – Avviso per la presentazione di un progetto di intervento sul tema

Publicato il 7 settembre 2015 da [redazione](#)

La Direzione generale della prevenzione sanitaria invita, attraverso la pubblicazione sul [sito](#), alla **presentazione di un progetto di intervento in tema di lotta contro la diffusione dell’epidemia da HIV**, da realizzarsi in **collaborazione tra Ministero della salute ed enti pubblici, operanti nel settore sanitario**, nelle materie proposte dalla Sezione del volontariato per la lotta contro l’AIDS del Comitato Tecnico Sanitario per l’anno 2015.

Il tema scelto è il seguente: **Prevenzione dell’HIV in carcere: una ricerca-azione per costruire risposte efficaci relative alla riduzione del danno e dei rischi di trasmissione di HIV nella popolazione carceraria**, in base alle Linee Guida Internazionali 2013.

AIDS. IL RISCHIO DI SIEROPOSITIVITA’ CRESCE INVERSAMENTE ALLO STATUS SOCIO-ECONOMICO

Publicato il 25 giugno 2015 da [redazione](#)



L’Hiv è un fenomeno biologico e comportamentale, ma oggi è **divenuto anche un fenomeno sociale e strutturale, che richiede un approccio che vada al di là del singolo individuo**. Uno studio della New York University mette in relazione rischio di sieropositività e status socio-economico.

Nei giovani uomini omosessuali e bisessuali, il **rischio di infezione da Hiv è connesso a questioni sociali**: secondo Perry Hakitis della New York University (USA), autore di uno studio in materia su 594 pazienti, essere di razza nera o ispanica è connesso ad un aumento del rischio di sieropositività, soprattutto in relazione al fatto che queste categorie sono di solito caratterizzate da un basso reddito o dalla residenza in quartieri poveri, con un’elevata prevalenza dell’Hiv.

Il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) stima che circa 1,1 milioni di persone negli USA convivono con l’infezione da Hiv, e che un soggetto su sei non ha mai ricevuto diagnosi.

Benché solo il **4% degli uomini statunitensi sia omosessuale o bisessuale, essi rappresentano circa i due terzi delle nuove infezioni da Hiv della nazione.**

Nelle ricerche precedenti il comportamento non è stato in grado di spiegare le disparità nei tassi di infezione che si riscontrano in questi pazienti: i giovani omosessuali di razza nera o ispanica non sembrano infatti intraprendere comportamenti sessuali maggiormente a rischio rispetto alle loro controparti di razza bianca. Secondo l’autore, incolpare di tutto soltanto l’appartenenza a una razza potrebbe essere troppo semplicistico: negli USA lo status socio-economico è strettamente connesso alla razza stessa e le persone con uno status

sociale ed economico inferiore verosimilmente vivono in aree più povere, con meno accesso all'assistenza sanitaria ed una maggiore quantità di infezioni a trasmissione sessuale non trattate.

I giovani omosessuali e bisessuali potrebbero inoltre non essere educati a sufficienza su queste ultime, ed i genitori eterosessuali potrebbero non essere attrezzati adeguatamente per trasmettere un'educazione su questi argomenti.

Secondo alcuni esperti, **la situazione potrebbe migliorare tramite un'educazione più completa sulla salute sessuale**, ma i giovani potrebbero anche non godere di una completa autonomia nelle proprie decisioni in questo campo, specie con partner più anziani. I ricercatori affermano che il prossimo passo consisterà nello studiare il modo in cui gli uomini selezionano ed incontrano i propri partner: l'Hiv è un fenomeno biologico e comportamentale, ma oggi è divenuto anche un fenomeno sociale e strutturale, che richiede un approccio che vada al di là del singolo individuo.

HIV: PREOCCUPA IL TASSO DI INFEZIONI TRA I TRENTENNI

Publicato il 22 maggio 2015 da [redazione](#)

Cambia il metodo di trasmissione, ma l'Hiv resta comunque un problema su cui non bisogna abbassare la guardia.

3.608 nuove diagnosi in Italia, secondo gli ultimi dati dell'Istituto superiore di sanità, l'84% delle quali sono a trasmissione sessuale.

Per questo gli specialisti della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), che dal 17 al 19 maggio si sono riuniti a Riccione per la VII Conferenza italiana su Aids e retrovirus (Icar), chiedono attenzione costante, tutto l'anno.

In Italia le fasce d'età colpite sono tutte quelle sessualmente attive, ma soprattutto quelle tra i 30 e i 39 anni. «C'è una **preoccupante quota di infezioni tra i 25 e i 29 anni**. Questi sono nati quando l'infezione era già nota, ed una corretta informazione durante l'adolescenza avrebbe potuto evitare il contagio. È per questo che bisogna **puntare ulteriormente alla comunicazione e la prevenzione, soprattutto per le nuove generazioni**», spiega una delle presidenti del Congresso, Laura Sighinolfi, responsabile della struttura semplice per la gestione Infezione da Hiv della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. «Almeno la metà delle persone a cui viene diagnosticata avviene con infezione avanzata. Ancora oggi il test viene fatto solo quando c'è un'indicazione clinica, cioè quando iniziano a manifestarsi i primi sintomi: accade per il 40% della popolazione italiana». Nel corso della conferenza di Riccione si è parlato anche di nuove terapie, dei percorsi di diagnosi e cura, di medicina di genere, declinata non solo al femminile, della resistenza naturale all'infezione da Hiv e delle nuove strategie di eradicazione.



HIV IN AFRICA, UN NUOVO APPROCCIO ALLA MALATTIA RIDUCE LE MORTI DI UN TERZO

Publicato il 11 aprile 2015 da [redazione](#)

È un intervento semplice e a basso costo, **assistere a domicilio i pazienti che iniziano un trattamento antiretrovirale**, ma in Africa può contribuire a salvare delle vite. Se a questo si aggiunge **unoscreening per la meningite criptococcica**, infezione molto diffusa da queste parti nei malati di Hiv/Aids, allora **la mortalità scende addirittura del 28%**.

L'approccio è stato testato in Tanzania e Zambia dal febbraio 2012 al settembre 2014 e i buoni risultati sono descritti su The Lancet.

I ricercatori della London school of hygiene & tropical medicine insieme a quelli della St. Georges university di Londra, del National institute of medical research Tanzania e dell'University teaching hospital in Zambia, hanno **condotto uno studio su quasi 2 mila pazienti che avevano iniziato da poco la terapia contro l'Hiv e presentavano la malattia in fase avanzata, proprio le categorie di malati in cui si verifica il più alto numero di decessi in Africa.**

Per prima cosa tutti **i partecipanti allo studio sono stati sottoposti a screening per la tubercolosi e hanno iniziato subito il trattamento**. Ma mentre alcuni di essi hanno ricevuto le cure standard recandosi in clinica, ad una parte del campione è stata fornita un'assistenza supplementare che consisteva in visite a domicilio per le prime quattro settimane di terapia e uno screening per la meningite criptococcica. Secondo i Center for disease of control and prevention, ci sono **quasi un milione di nuovi casi di meningite criptococcica ogni anno in tutto il mondo, che provocano 625 mila morti, la maggior parte dei quali in Africa sub-sahariana.**

Risultato: i decessi tra i pazienti trattati con lo screening e le visite a domicilio erano inferiori del 28% rispetto a quelli riscontrati nel gruppo che aveva ricevuto l'assistenza clinica standard (134 morti e 180 morti rispettivamente nel corso di un 12 mesi follow up periodo).

«Questo ampio studio è il primo del genere ed i risultati sono molto emozionanti. **La combinazione di screening e trattamento precoce della meningite e di supporto domiciliare ha ridotto di quasi un terzo la mortalità tra i malati di Hiv in fase avanzata**», ha commentato Shabbar Jaffar, professore di epidemiologia presso la London school of hygiene & tropical medicine, che aggiunge alcune considerazioni sulla sostenibilità dell'approccio per la sanità africana.

«La più grande sfida per l'assistenza sanitaria in Africa è la **grave carenza di operatori sanitari qualificati**, in particolare i medici. Ma il nostro intervento ha coinvolto operatori laici e non ha aggiunto sostanziale onere sui medici e infermieri. Se questo intervento venisse adottato dai governi locali, il costo ammonterebbe a meno di 30-70 dollari».

HIV/AIDS. PROFILASSI PRE-ESPOSIZIONE DISPONIBILE ANCHE IN EUROPA

Publicato il 12 marzo 2015 da [redazione](#)



In un Manifesto europeo della prevenzione HIV **le associazioni dei malati invitano industrie farmaceutiche, istituzioni nazionali ed europee direndere la PrEP, efficace nel ridurre drasticamente il rischio di acquisire l'infezione**, disponibile e accessibile in Europa, così come avviene negli Stati Uniti dal 2012.

La profilassi pre-esposizione (PrEP) deve essere resa disponibile e accessibile in Europa, così come già avviene negli Stati Uniti dal 2012.

È questo l'invito rivolto alle industrie farmaceutiche, alle istituzioni nazionali ed europee dalla rete di associazioni italiane per la lotta all'Hiv/Aids, contenuto nel **Manifesto europeo della prevenzione Hiv**.

Il Manifesto, lanciato in occasione della **Conferenza sui Retrovirus e sulle infezioni opportunistiche (Croci)** dallo European Aids Treatment Group, un network di oltre 110 attivisti di 40 paesi europei, e Aides, organizzazione francese di lotta all'Aids, è stato sottoscritto in Italia da: associazione Radicale Certi Diritti, Lila – Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids, Plus onlus – network di persone Lgbt sieropositive, Circolo di cultura omosessuale Mario Mieli e Nadir onlus.

Le associazioni chiedono, tra l'altro, all'azienda farmaceutica Gilead di presentare quanto prima una richiesta di indicazione per Truvada® come PrEP all'Agenzia Europa del Farmaco, la quale dovrebbe anche chiarire i percorsi regolatori per avere accesso alla stessa.

Numerosi studi (Iprex, Proud, Ipergay), hanno **dimostrato l'efficacia della PrEP nel ridurre drasticamente il rischio di acquisire l'infezione da Hiv attraverso rapporti sessuali tra Maschi che fanno sesso con Maschi (Msm)**. La stessa Organizzazione Mondiale per la Salute (Oms) ha **inserito la PrEP nelle sue linee guida**, come uno degli strumenti che è possibile utilizzare, come il preservativo, per prevenire il contagio tra le popolazioni più vulnerabili al rischio di infezione.

Al governo italiano si chiede, oltre all'accesso alla PrEP, anche di esaminare come rendere la PrEP rimborsabile per coloro che ne hanno bisogno. Le associazioni sono disponibili a lavorare con le istituzioni per trovare un percorso di larga e piena accessibilità sanitaria ed economica al farmaco. Le associazioni chiedono che in Europa e in Italia uomini, donne, transgender possano accedere a una profilassi per prevenire nuove infezioni da Hiv, per cui esiste un protocollo medico già da tempo sperimentato negli Stati Uniti e che è stata consigliata dall'Oms nelle sue linee guida. L'obiettivo è incrementare il numero di strumenti di prevenzione per sviluppare strategie di prevenzione combinate. Occorre garantire a tutti il diritto di scegliere se usare o meno la PrEP e di poterla usare in maniera sicura. Altrimenti il rischio è che si sviluppi ulteriormente un uso informale della PrEP senza adeguato controllo medico.

“La PrEP è uno strumento di prevenzione che si è dimostrato scientificamente efficace”, affermano Yuri Guaiana, segretario di Certi Diritti, Alessandra Cerioli presidente di Lila, Massimo Farinella, referente salute e servizi del circolo Mario Mieli, Filippo von Schloesser presidente di Nadir e Sandro Mattioli presidente di Plus. “Di fronte ad una pandemia come quella da Hiv, noi non siamo nelle condizioni di rifiutare nessuno strumento di prevenzione”, ribadiscono i rappresentanti delle associazioni firmatarie. “La PrEP dev'essere messa a disposizione degli specialisti per le persone ad alto rischio di contagio e, quindi, inserita fra le armi a disposizione del servizio sanitario nazionale”.

L'appello internazionale è scaricabile al link: www.lila.it



HIV: LA SFIDA PERDENTE DELL'EUROPA

Publicato il 4 dicembre 2014 da [redazione](#)

In Italia dall'inizio dell'epidemia sono morte 42 mila persone. L'anno scorso le nuove diagnosi di infezione sono state 3.600 con un netto aumento tra i giovanissimi. Ma l'impennata sul continente è dovuta soprattutto ai paesi dell'Est. A dispetto di pregiudizi duri a sparire, **nell'80,7% dei casi i contagi avvengono per un rapporto sessuale**

non protetto.

E' un'epidemia dimenticata, che torna a farsi sentire. Le politiche europee per combattere l'Hiv sono fallite e la prova è nei 136mila nuovi casi del 2013, il numero più alto mai registrato. **Ci sono paesi, soprattutto nell'Est Europa, che hanno tassi di infezione tra i più alti al mondo.** Lo afferma l'ultima rilevazione dell'European Center for Diseases Control and Prevention (Ecdc) e dell'Oms Europa, presentata a Roma, in occasione della Giornata mondiale dell'Aids, che si tiene, come ogni anno il 1° dicembre. Il numero altissimo di nuovi pazienti si riferisce a tutto il continente, Russia compresa, e rappresenta un aumento dell'80% rispetto al 2004. Delle nuove infezioni circa 29mila riguardano l'area dell'Unione Europea, mentre in Italia le nuove diagnosi di Hiv nel 2013 sono state oltre 3600.

Le popolazioni più a rischio Per il neo commissario alla Salute Ue, Vytenis Andriukaitis, serve una svolta da parte della leadership politica per fermare l'Aids. "La situazione epidemiologica nei paesi che circondano la Ue è negativa – spiega Andriukaitis – . Mi riferisco a Russia, Ucraina, ma anche nelle aree del Sud. Questo costituisce un pericolo. Dobbiamo lanciare ancora una volta campagne informative e spingere le persone ad evitare 'comportamenti a rischio'. Vanno evitati poi atteggiamenti discriminatori. Mi riferisco alla situazione di isolamento in cui si trovano molti tossicodipendenti, ma anche a quanto accade in Russia con le azioni nei confronti degli omosessuali". "Il problema è che in dieci anni non abbiamo ottenuto nessun progresso significativo nella riduzione delle infezioni – aggiunge Marc Sprenger, direttore dell'Ecdc -. In tutta l'Europa le fasce di popolazione più a rischio non sono raggiunte con efficacia dalle campagne informative. Fra queste ci sono gli omosessuali, una categoria che rappresenta il 42% delle nuove infezioni".

Europa dell'Est e in Asia centrale "Nel mondo l'epidemia peggiore di Aids al momento è quella che si sta registrando nell'Europa dell'Est e in Asia centrale – conferma Alessandra Cerioli, presidente della Lila (Lega italiana per la lotta all'Aids) – . Anche se in Africa c'è il maggior numero di casi, si è visto che dove è stato migliorato l'accesso ai farmaci è calato il numero di infezioni. In Russia e in altri Paesi dell'Est Europa c'è un minor accesso al trattamento rispetto a quanto avviene in Africa, e questo ha portato ad aumento esponenziale dei casi negli ultimi anni. In alcune realtà sono addirittura triplicati".



1° DICEMBRE GIORNATA MONDIALE CONTRO L'AIDS. LE INIZIATIVE DI NPS ITALIA ONLUS

Publicato il 4 dicembre 2014 da [redazione](#)

Un incontro pubblico in Campidoglio, nuovi ambasciatori Nps, una nuova campagna di sensibilizzazione distribuita anche grazie a una rete di musei italiani e la nuova edizione di RedRibbonArt che, dopo Vincino, sarà quest'anno realizzata da Giulio Iacchetti. Queste le iniziative programmate dal Network persone sieropositive in collaborazione con All Italia.

Nps Italia Onlus (Network Persone Sieropositive), in collaborazione con All Italia, ha presentato una serie di iniziative per la Giornata Mondiale contro l'Aids del 1° dicembre, riconfermando il suo impegno nel campo della prevenzione. Il primo dicembre presso il Campidoglio si è tenuto un incontro che vuol essere un momento di scambio e di particolare attenzione nel diffondere la cultura della prevenzione. L'appuntamento è stato organizzato grazie alla collaborazione tra Nps Italia Onlus e Michela Di Biase, Presidente della Commissione Cultura, Politiche Giovanili e Lavoro di Roma Capitale e ambasciatrice Nps Italia dal 2013.

Dal 2011, ogni anno Nps coinvolge personalità provenienti dal mondo della salute, della politica, della cultura, dell'imprenditoria con la REDribbonNPS per il loro impegno presente e futuro verso la prevenzione. In Campidoglio, durante l'incontro del 1° dicembre, sono stati nominati i 10 nuovi ambasciatori, che hanno voluto di sostenere con un impegno in prima persona la lotta contro l'Aids.

Intolre, per attirare l'attenzione sul tema della prevenzione, è stata presentata una nuova campagna ideata dall'agenzia Aria Advertising di Firenze. La campagna ha due tipi di distribuzione: partendo dal web e dai social network grazie a una diffusione virale e tramite una rete dei più importanti musei d'Italia, da Roma a Milano, da Torino a Napoli, grazie alla distribuzione di cartoline e materiale informativo-sanitario.

Per finire, una nuova edizione di Red ribbon, il simbolo internazionale della lotta contro l'Aids, anche noto come nastro rosso. Nps Italia Onlus ha ideato un progetto per cui il celebre fiocco viene interpretato da un artista. Quest'anno, dopo Vincino, sarà Giulio Iacchetti, industrial designer dal 1992, due volte Compasso d'Oro nel 2001 e 2014.



LEAVING NO ONE BEHIND 1° Dicembre Giornata mondiale per la lotta contro l'AIDS

Publicato il 4 dicembre 2014 da [redazione](#)

L'andamento dell'epidemia nei 53 paesi della regione Europea e dell'Asia Centrale, è stato presentato a Roma il 27 e 28 novembre durante la conferenza "**Fight against HIV/AIDS ten years after the Dublin Declaration: Leaving no One Behind – Ending AIDS in Europe**".

L'epidemia di HIV nella regione Europea non mostra segni di rallentamento: nel 2013 sono state riportate più di 29.000 nuove diagnosi e dal 2004, più di 300.000 persone hanno acquisito l'infezione da Hiv. La ragione per la quale non si è visto nessun progresso significativo nella riduzione delle infezioni da Hiv negli ultimi dieci anni è da attribuire alla mancanza di interventi mirati alle Key Populations.

In Italia la situazione è stabile: come dichiarato dall'ISS, nel 2013 le nuove diagnosi sono state 3.806 ma – come nel resto dell'Europa – si osserva un trend in aumento tra gli MSM. Per approfondimenti: www.lila.it



HIV: OBIETTIVO 2020

HIV I NUOVI POSSIBILI STANDARD DI CURA ENTRO IL 2020

Attualmente, sono circa 28 le terapie anti-retrovirali approvate, distinte in sei classi. **Come saranno i trattamenti per l'HIV nel 2020? Nei prossimi anni, è probabile che si assisterà all'introduzione di nuove terapie e nuovi regimi, alcuni dei quali probabilmente destinati a divenire standard di cura.** Nuovi agenti con nuovi profili di resistenza ai farmaci, o nuovi meccanismi d'azione forniranno l'attività virologica nei pazienti con carica vitale resistente ai farmaci. Studi comparativi degli attuali e dei nuovi agenti come il tenofovir (TAF) aiuteranno a definire regimi meno tossici, con modalità di somministrazione più semplici di quelle attuali. Farmaci sperimentali iniettabili a lunga azione somministrati in studi clinici come rilpivirine LA (somministrata una volta al mese) e cabotegravir (somministrata trimestralmente) e altri potrebbero fornire opzioni di trattamento aggiuntive. Altre nuove formulazioni e combinazioni di anti-retrovirali con altri tipi di farmaci (come i contraccettivi) potrebbero essere sviluppati e testati. Nelle aree in via sviluppo, si assisterà all'incremento del numero di pazienti che assumono terapie e regimi conseguenti con l'obiettivo di "20 per 20", cioè di 20 milioni di persone curate entro il 2020. Le formulazioni generiche di farmaci anti-retrovirali saranno progressivamente rese disponibili e usate su scala globale. Infine, l'attuale importanza accordata agli agenti anti-infiammatori potrà portare a nuovi test per capire la possibilità di combinazione con i regimi anti-retrovirali standard.

Per approfondimenti: <http://www.cesda.net/?p=9650#more-9650>

PROGRAMMI PER HIV E AIDS: L'EUROPA A TRE VELOCITÀ

Nella sessione di apertura della **quindicesima conferenza europea sull'AIDS**, tenutasi recentemente a Barcellona, il **professore Kazatchkine** ha riassunto l'andamento dei programmi su HIV e AIDS, comparandoli con gli obiettivi da raggiungere entro il 2020, così riassumibili: **90% di persone diagnosticate, 90% delle persone diagnosticate in trattamento, e 90% delle persone in cure con carica virale interamente soppressa.**

Il punto centrale evidenziato dalla relazione del professore Kazatchkine è che **l'Europa procede a tre velocità.** "In effetti, ci sono tre Europa – Europa dell'est, Europa centrale e Europa occidentale - con diverse epidemie, diverse risposte e diversi livelli di successo". Nell'Europa dell'est, l'epidemia di HIV continua a crescere, soprattutto fra le persone che fanno uso di droghe per via iniettiva, ma anche per trasmissione sessuale. L'accesso ai servizi di prevenzione è insufficiente e l'accesso ai servizi di riduzione del danno è molto limitato. I livelli molto bassi di cooperazione fra i governi e le ONG impediscono il miglioramento sostanziale delle attività di prevenzione in questa regione. Nell'Europa centrale, nonostante la bassa prevalenza, l'incidenza di HIV sta gradualmente aumentando in molti paesi. Vi è un'alta concentrazione fra omosessuali e persone che fanno uso di droghe per via iniettiva. Per Kazatchkine proprio per questi gruppi di popolazione vulnerabile si registrano resistenze, da parte dei governi, per finanziare programmi specifici. Nonostante la copertura sanitaria universale, gli eccellenti programmi di cura e gli alti livelli di supporto sociale, in Europa occidentale il livello globale di nuove infezioni HIV è rimasto stabile nell'ultimo decennio, e nuove infezioni sono incrementate nella popolazione omosessuale. Kazatchkine sostiene che siano necessari sforzi più intensi nel trattamento dell'HIV e nella prevenzione in base ai quali i traguardi fissati entro il 2020 per l'Europa centrale e occidentale dovrebbero essere raggiungibili.

Per approfondimenti: <http://www.cesda.net/?p=9635#more-9635>

Newsletter a cura di **Alba Russo, Andrea Cagioni, Mariella Orsi**

TRATTAMENTI E DATI

TRATTAMENTI PER L'HIV: IMPATTO DELLE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE E GENERE

Un interessante studio, condotto su un campione di 1.675 pazienti, del Royal Free Hospital in London mostra come le donne siano discriminate a livello di qualità della cura per l'HIV. Lo studio stima infatti che le donne, rispetto agli uomini omosessuali, abbiano tre volte la probabilità di ricevere trattamenti poco efficaci. Un anno dopo l'inizio delle cure, il 20% delle donne ha una carica virale individuabile rispetto al 6% degli uomini omosessuali. Mentre pochi uomini omosessuali hanno interrotto i trattamenti per più giorni o settimane, ciò avviene per circa una donna su sette.

Un secondo studio inglese ha scoperto che pressoché tutte le differenze nei risultati fra uomini omosessuali e donne possono essere ricondotte a problemi socio-economici e ai diversi tassi di depressione. Ad esempio, **le donne riportano molto più spesso problemi socio-economici. Il 17% delle donne sono senza casa, sono ospiti da amici o comunque in condizioni di bisogno abitativo, contro il 6% degli uomini omosessuali.** In conclusione, i ricercatori ritengono che **le differenze, a livello di condizioni socio-economiche, abbiano un forte ruolo per spiegare le disuguaglianze, nei risultati delle cure, esistenti fra uomini omosessuali e donne.**

Per approfondimenti: <http://www.cesda.net/?p=9662#more-9662>

NUOVA TERAPIA ANTI-HIV – attivo il programma d'uso compassionevole

Per garantire ai pazienti senza alternative terapeutiche il più tempestivo accesso alle nuove terapie antiretrovirali per il trattamento dell'infezione da Hiv, l'Agenzia italiana del farmaco ha deciso di avviare un **programma di uso compassionevole** per l'utilizzo dell'associazione fissa elvitegravir 150 mg/ cobicistat 150 mg/emtricitabine 200 mg/ Tenofovir Alafenamide 10 mg (E/C/F/TAF) in singola compressa, che attualmente è ancora in attesa di decisione della Commissione europea. La decisione dell'Aifa, precisa una nota della stessa Agenzia, è stata assunta «in continuità e analogia con quanto realizzato con i programmi di uso compassionevole nell'area terapeutica dell'epatite C» e in risposta alla richiesta della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), grazie alla disponibilità dell'azienda Gilead Sciences.

Per approfondimenti: <http://www.cesda.net/?p=9620>

AIDS: UNA PERSONA SU TRE NON SA DI ESSERE MALATA

La percezione della malattia, la gestione del paziente in cura e le prospettive per il paziente stesso sono cambiate, ma nonostante l'Italia sia in prima linea per efficacia di cure contro l'Hiv e le terapie siano sempre più efficaci non si deve abbassare il livello di guardia. Per questo serve più prevenzione. In Italia sono **150 mila le persone infettate dal virus dell'Hiv, ma in terapia ve ne sono 94 mila.** Questo vuol dire che **1 persona su 3 non sa di essere malata**".

Per approfondimenti: <http://www.cesda.net/?p=9597>

APPUNTAMENTI

Firenze, 1 dicembre 2015

Giornata Mondiale per la Lotta contro l'Aids

Incontro c/o NCP di Sollicciano organizzato dagli Educatori NCP Sollicciano e dall'Ospedale S. M. Annunziata.

Per ulteriori informazioni consultare il sito <http://www.lila.it>

SITOGRAFIA SU TEMATICHE **AIDS e HIV**

<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/Pages/index.aspx>: Sito European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) con sezioni HIV/AIDS

<http://ecdc.europa.eu/search/Pages/results.aspx?k=aids>

http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/hiv-aids/index_it.htm: Sito della Commissione Europea sulla salute in Europa con sezione HIV/AIDS

http://ec.europa.eu/health/sti_prevention/hiv_aids/index_it.htm: Politiche europee HIV/AIDS

<http://europa.eu>: Sito della Unione Europea con articoli e documentazione HIV/AIDS

<http://helpline.aidsvancouver.org>: Portale di informazioni e aiuto online in inglese

<http://hivplus.forumfree.it>: Forum per persone con HIV/AIDS

<http://newsite.hiveurope.eu>: Sito internazionale promosso da un gruppo di esperti autonomo avviato a Bruxelles nel 2007 la cui iniziativa prevede una piattaforma europea di scambio e attività per migliorare la diagnosi precoce e la prima cura dell'HIV in tutta Europa

www.agite.eu/?s=aids: Associazione ginecologi territoriali, voce AIDS

www.aids.ch: Portale di informazione svizzero per le persone con HIV e i loro partner, di riferimento per i casi di discriminazione e di violazione della privacy in materia di HIV / AIDS, per la prevenzione e campagne specifiche.

www.aids.gov/federal-resources/federal-agencies/hhs: Sito de "The Department of Health and Human Services" (HHS) degli USA

www.aids2014.org: Portale ufficiale della ventesima conferenza internazionale sull'AIDS tenutasi a Melbourne il 20-25 luglio 2014

www.aids2016.org: Portale ufficiale della ventunesima conferenza internazionale sull'AIDS che si terrà a Durban Sud Africa il 17-22 luglio 2016

www.aidsalliance.org: Partenariato mondiale di organizzazioni nazionali che sostengono e promuovono iniziative di contrasto all'HIV/AIDS nei paesi in via di sviluppo

www.aidsinfo.nih.gov: Portale di informazioni su linee guida, trattamenti e prevenzione da cui sono scaricabili delle Apps

www.aidsmap.com: Informazioni a cura di NAM, associazione inglese per la condivisione di informazioni su HIV e AIDS

www.aidsmap.com/resources: Pubblicazioni scientifiche e materiale NAM

www.aidsonline.it: Sito sulle novità farmacologiche e complicanze dell'Aids gestito da Xagena

www.aidsportal.org: Portale di informazioni anche su lavoro e finanziamenti HIV/AIDS correlati nel mondo

www.alainrete.org: Ala Milano onlus, Associazione Nazionale Lotta all'Aids

www.anlaidsonlus.it: Associazione Nazionale per la Lotta contro l'Aids italiana

www.arche.it: Arché Onlus nasce per rispondere all'emergenza dell'HIV pediatrico, supportando tuttoggi persone sieropositive

www.arcobalenoaids.it: Associazione Arcobaleno AIDS opera in ambito della regione Piemonte

www.ars.toscana.it: Agenzia Regionale di Sanità Toscana: annuale aggiornamento dati epidemiologici HIV/AIDS della Regione Toscana

www.asamilano30.org: Associazione Solidarietà Aids Milano

www.arcobalenoaids.it: Associazione Arcobaleno Aids opera in ambito della Regione Piemonte con l'intento di fornire un sostegno alle persone con infezione da hiv-aids, adulti e minori, e a quelle a loro affettivamente legate.

www.cesda.net: Centro studi, ricerca e documentazione su dipendenze e AIDS – ASL Firenze

www.cicanazionale.it: C.I.C.A. Case alloggio per persone affette da HIV/AIDS

www.cnca.it: Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, con presa in carico di pazienti e campagne di prevenzione HIV/AIDS

www.contattosicuro.it: progetto “La Prevenzione Corre sul Web 3” promosso dalla Sc CRH-MTS Dipartimento di Prevenzione Medico dell'ASL Milano e attuato in collaborazione con l'associazione Ala Milano Onlus, per la prevenzione e informazione rispetto alle MTS, Malattie Trasmesse Sessualmente

www.coordinamentoromanohiv.org: Coordinamento delle Onlus e delle cooperative sociali romane che si occupano concretamente di Hiv/Aids con campagne di prevenzione e presa in carico

www.enivd.de/index.htm: European Network for the Diagnostics of "Imported" Viral Diseases, ENIVD, istituzione che collabora con la Comunità Europea e l'OMS per il miglioramento della diagnostica per le malattie virali "importate" in Europa.

www.epicentro.iss.it/problemi/aids/aids.asp: Portale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute con sezione AIDS

www.epinorth.org: Progetto di cooperazione per controllo delle malattie infettive in Nord Europa

www.episouth.org/www.episouthnetwork.org: Progetto di cooperazione per controllo delle malattie infettive in Sud Europa, Nord Africa e Medio Oriente tramite scambio di informazioni e supporto tecnico ai paesi della Regione Mediterranea

www.failtestanchetu.it: Progetto della Regione Abruzzo per facilitare l'accesso al test

www.gbchealth.org: Coalizione di aziende e organizzazioni impegnate a investire le proprie risorse “per fare un mondo più sano”, con particolare attenzione per le malattie infettive: ebola, Hiv/Aids, tubercolosi e malaria

www.genderandaids.org: Portale per la promozione dell'uguaglianza di genere correlata all'epidemia di HIV / AIDS

www.helpaids.it: Portale di informazioni del SSR dell'Emilia-Romagna con Forum sul vivere con l'Hiv, servizio di consulenza online e gestione numero verde **800.85.60.80**

www.hiv1tat-vaccines.info/italian/index.php: Il sito descrive il lavoro svolto dal Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità per lo sviluppo di vaccini preventivi e terapeutici contro l'infezione da HIV basati sulla proteina Tat di HIV-1

www.hivmeets.com: Portale italiano di incontri riservato a persone HIV positive

www.hivnet.com: Portale riservato a persone HIV positive in lingua inglese

www.hivtestingweek.eu: Sito della campagna per il test HIV 21-28 novembre 2014 promosso da varie organizzazioni internazionali tra cui UNAIDS

www.ias2015.org: Ottava conferenza IAS, International AIDS Society, sulla patogenesi dell'HIV che si terrà a Vancouver - Canada il 19-22 luglio 2015

www.iasociety.org: International AIDS Society con sede a Ginevra

www.incontrihiv.it: Portale italiano di incontri riservato a persone HIV positive

www.iolouso.it: campagna a favore dell'uso del profilattico promossa dal Coordinamento Ligure Persone Sieropositive senza sponsor commerciali

www.isid.org: International Society for Infectious Diseases

www.isid.org/icid: Diciassettesimo congresso internazionale sulle malattie infettive che si terrà a Hiderabad - India il 2-5 marzo 2016, organizzato dall' International Society for Infectious Diseases

www.iss.it/aids: Istituto Superiore di Sanità, sezione dedicata all'Hiv/Aids

www.iss.it/ccoa: Pubblicazione dati del COA , Centro Operativo AIDS, dell'Istituto Superiore di Sanità

www.iss.it/urcf/?lang=1&tipo=16: Notizie numero verde **800 861 061** dell'Istituto Superiore di Sanità

www.isstdr.org: International Society for Sexually Transmitted Diseases Research

www.iusti.org: International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)

www.jambobukoka.com/en/what-does-jambo-bukoba-do/#education: Attività di prevenzione ai bambini della Tanzania attraverso lo sport

www.jiasociety.org/index.php/jias: Journal of International AIDS Society

www.lila.it: Lega Italiana Lotta all'Aids

www.lila.toscana.it: Sezione toscana LILA

www.livingaidsonline.co.uk: Informazione e assistenza domiciliare

www.lovelife.org.za: Iniziativa LoveLife di prevenzione dell'HIV in Sud Africa rivolta ai giovani tra i 12 e i 19 anni di approccio olistico per lo sviluppo della persona e il cambiamento dei comportamenti

www.nadironlus.org: Associazione onlus Nadir con pubblicazioni scientifiche su tematiche HIV/AIDS, tra cui la rivista Delta

www.niaid.nih.gov: National Institute of Allergy and Infectious Diseases, con sezione HIV/AIDS

www.npsitalia.net: Network persone sieropositive con forum e informazioni

www.pensieropositivo.eu: Portale con forum, chat e sostegno psicologico online

www.poloinformativohiv.it: Portale di informazioni e forum HIV/AIDS

www.popcouncil.org: Population Council è un'istituzione che svolge attività di ricerca per evitare l'infezione da HIV e usufruire di servizi salvavita per l'HIV, il Consiglio collabora con aziende farmaceutiche per sviluppare, produrre e distribuire contraccettivi e altri prodotti.

www.propositiv.bz.it: Associazione Propositiv Südtiroler AIDS Hilfe, organizzazione di volontariato dell'Alto Adige per l'informazione e la prevenzione delle malattie infettive, con supporto e servizi rivolti alle persone colpite e ai loro familiari.

www.retecedro.net: Sito di approfondimento sulle dipendenze con sezione tematica HIV/AIDS

www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=159&area=Malattie_infettive: Ministero della Salute del Governo Italiano, sezione dedicata all' HIV/AIDS

www.siams.info/?s=hiv: SIAMS, Società italiana andrologia e malattie socialmente trasmesse voce HIV/AIDS

www.sidemast.org: SIDeMaST, Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse

www.sieropositivo.it: Associazione di volontariato con community e helpline anche telefonica con esperti.

www.sigo.it/esperto-risponde: Società Italiana di ginecologia e ostetricia, come contattare un esperto SIGO, sul sito sono presenti anche varie campagne di prevenzione

www.simast.it/aree-tematiche/infezione-da-hiv: Società interdisciplinare per lo studio delle malattie sessualmente trasmesse sezione HIV/AIDS

www.simit.org: SIMIT, Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali

www.siu.it/pages/ricerca?q=aids: SIU, Società italiana di urologia voce HIV/AIDS, vedi anche www.siu.it/pages/ricerca?q=hiv

www.spaziobianco.com: L'Associazione di Volontariato Spazio Bianco ONLUS compie assistenza e supporto a persone sieropositive in Umbria e gestisce il numero verde 800015249

www.unaids.org/en/dataanalysis: UNAIDS: analisi dati statistici

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology: Pubblicazione dati epidemiologici mondiali UNAIDS (Programma congiunto delle Nazioni Unite su Hiv/AIDS)

www.unicef.it/aids: Unicef sezione AIDS

www.unicontrolaids.it: Sito promosso e finanziato dal Ministero della Salute - Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione. Responsabilità scientifica dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione - Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate - Istituto Superiore di Sanità.

www.unicontrolaids.it/ReTeAIDS.aspx: elenco di numeri telefonici dedicati

www.uniticontrolaids.it/aids-ist/in-caso-di-infezione/associazioni.aspx: elenco associazioni dedicate

www.who.int/hiv/en: Organizzazione Mondiale della Sanità sezione HIV

www.worldsti2015.com/ehome/index.php?eventid=91027&: World STI & HIV Congress che si terrà a Brisbane - Australia il 13 – 16 September 2015 e Australasian HIV&AIDS Conference 16 – 18 September 2015

www.villamaraini.it/it: Fondazione Villa Maraini che offre supporto medico e psicologico a tossicodipendenti sieropositivi

Per eventuali segnalazioni: cesda@asf.toscana.it

