

HIV

STORIA DI UN VIRUS DAL 1980 AD OGGI

Dott.ssa Loconsole Daniela



Los Angeles 1979-1981

“L'apparizione della **polmonite in questi 5 soggetti**, precedentemente sani e senza alcun segno clinico di immunodepressione, è inabituale”

Rapporto CDC Atlanta

Los Angeles 1979-1981

- No agente causale
- Omosessualità
- Esposizione comune
- CMV ritenuto fattore eziologico probabile
- 2 morti, 3 rapido peggioramento

Nello stesso periodo...

Alta incidenza in omosessuali maschi di

- Linfadenopatia generalizzata
- Linfomi diffusi di tipo Non Hodgkin

Scoperta dell'epidemia

Quale era la caratteristica che accomunava:

- Infezioni opportunistiche
- Sarcoma di Kaposi
- Linfadenopatia generalizzata



**GRAVE DEFICIT DEL SISTEMA
IMMUNITARIO**

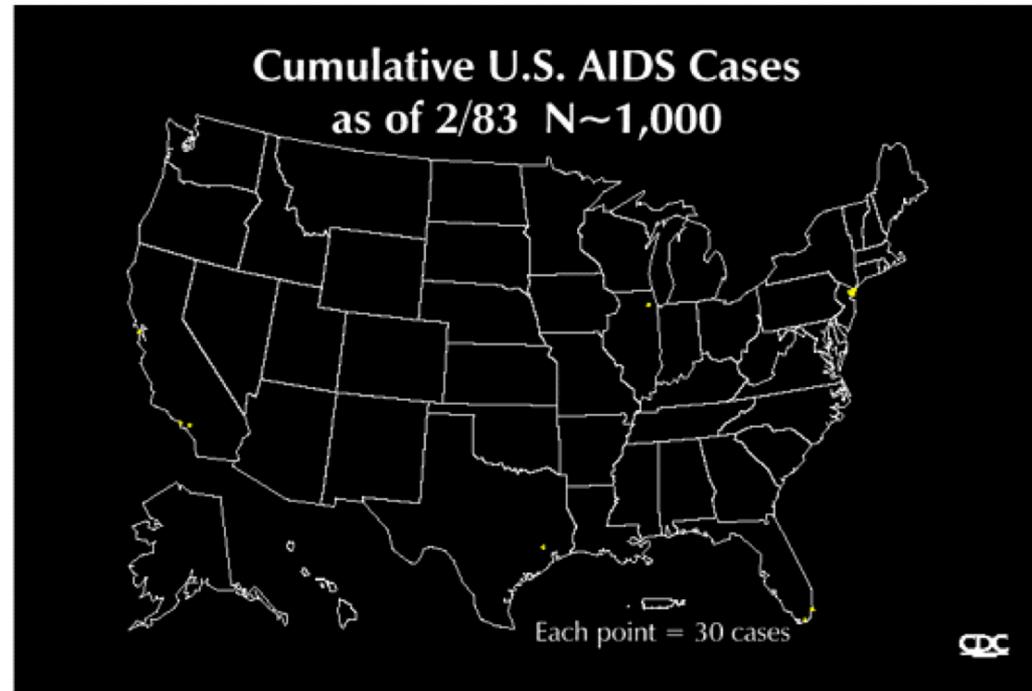
Scoperta dell'epidemia

- 200 casi ufficialmente riconosciuti nel 1982 (1 donna, 94% omo/bisessuali)
- 15 Stati coinvolti
- Dispersione di un agente patogeno partito dai 3 focolai iniziali (LA, NY, San Francisco)
- Catena di contatti con le 3 comunità omosessuali di queste città

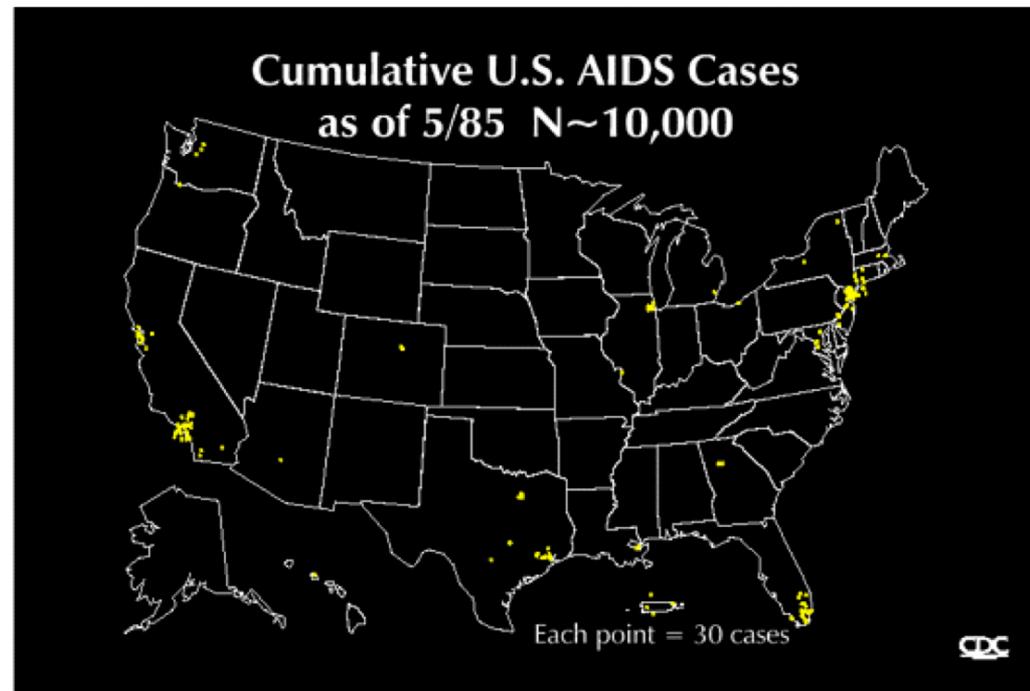
Scoperta dell'epidemia

- Analogie con virus dell'Epatite B portano a pensare che si tratti di un **agente infettivo trasmesso attraverso rapporti sessuali e siringhe infette.**
- “gay pneumonia” “gay cancer” “gay plague”
- GRID (Gay-Related Immune Deficiency)
- Patologia “community acquired”

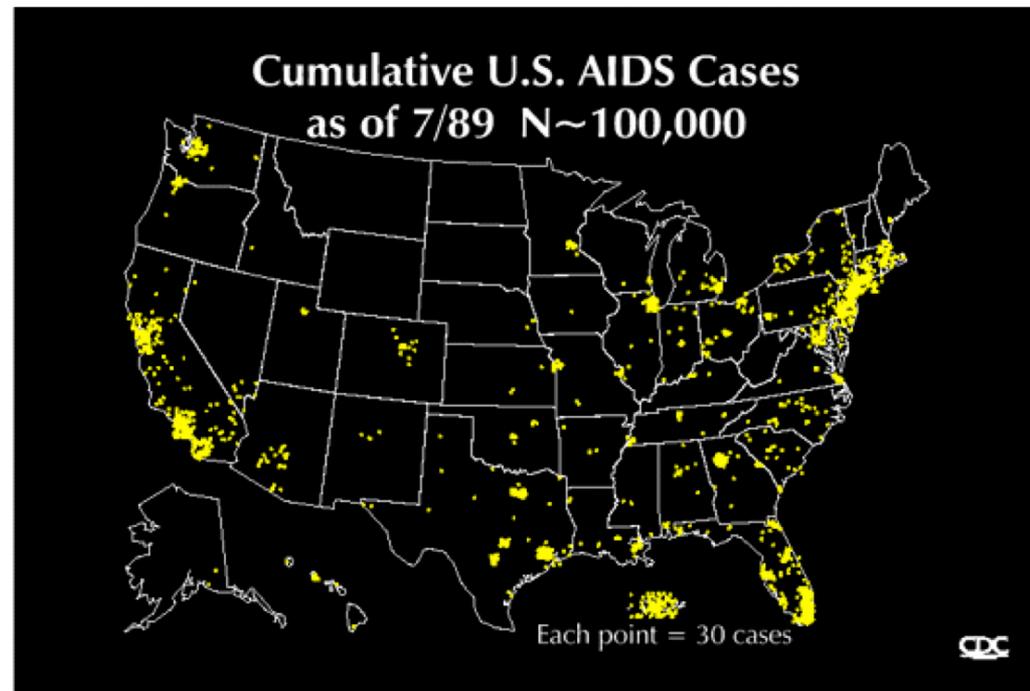
La mappa dei punti



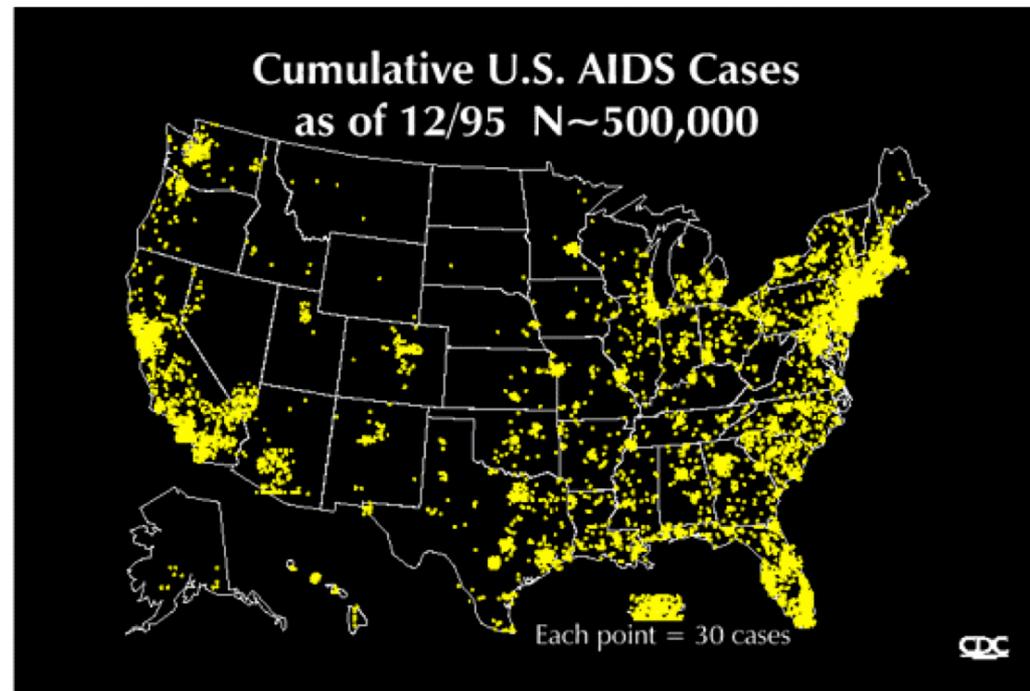
La mappa dei punti



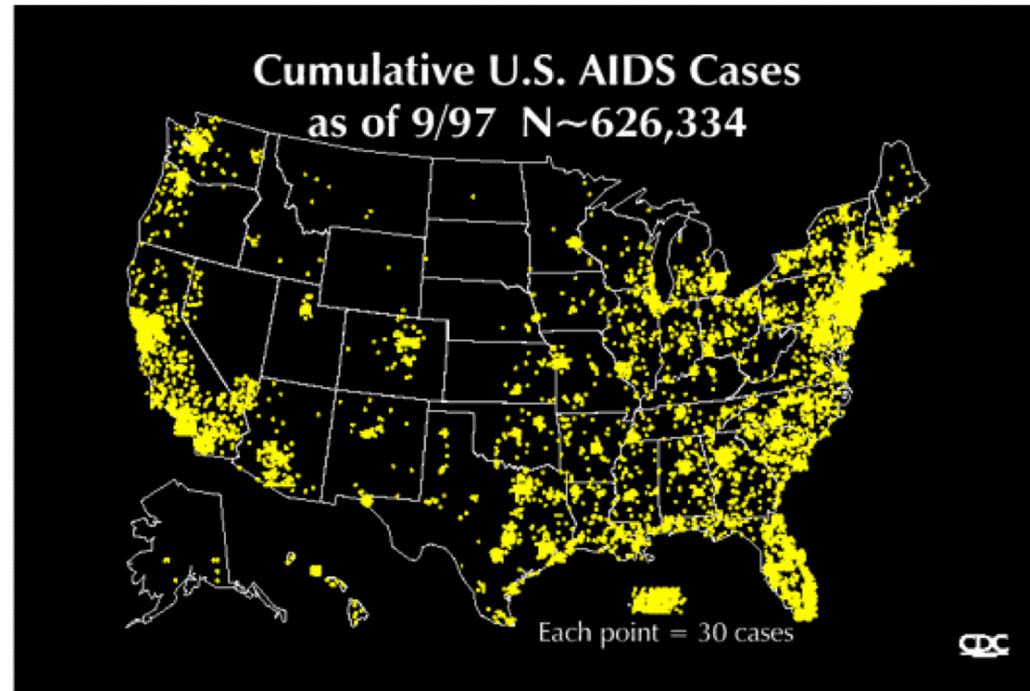
La mappa dei punti



La mappa dei punti



La mappa dei punti



In Europa

- Agosto 1980-dicembre **1981 a Copenaghen 4 omosessuali** con sintomi che corrispondevano alla definizione americana di “gay syndrome”
- Uno di questi **legame diretto con comunità omosessuale di NY**
- 1 caso riconosciuto successivamente, donna eterosessuale, non TD, aveva lavorato come chirurgo in Africa

In Italia

- Primo caso 1982 (Lazio)
- 1983 (Lombardia)
- 10 casi totali nel 1984 (test sierologici retrospettivi dimostrarono poi la presenza dell'infezione già dal 1979)
- Nel 1985 i 2/3 dei TD milanesi erano infetti ma non presentavano segni clinici della malattia

In Italia

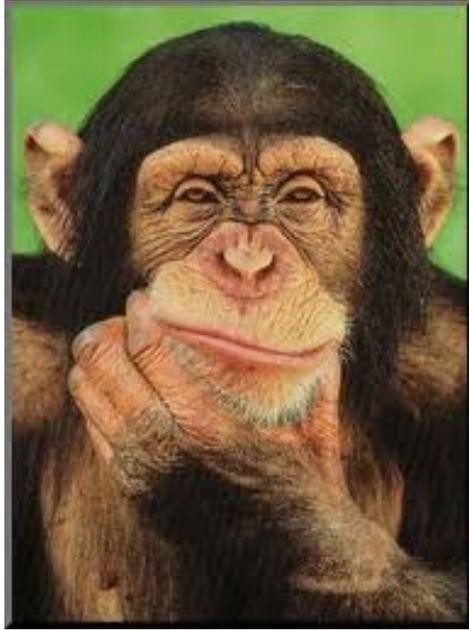
- Ipotesi: malattia introdotta in Italia da turisti e militari omosessuali americani, diffusa con l'uso di siringhe non sterilizzate e con rapporti omo/bisessuali.

(1986)

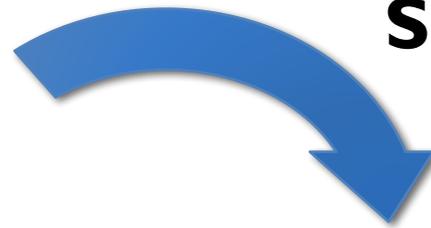
....Risveglio di paure ancestrali....

Panico, isteria, rifiuto sociale, pregiudizi.

HIV – Origine del virus



Pale Troglodytes Troglodytes



SIV – salto di specie

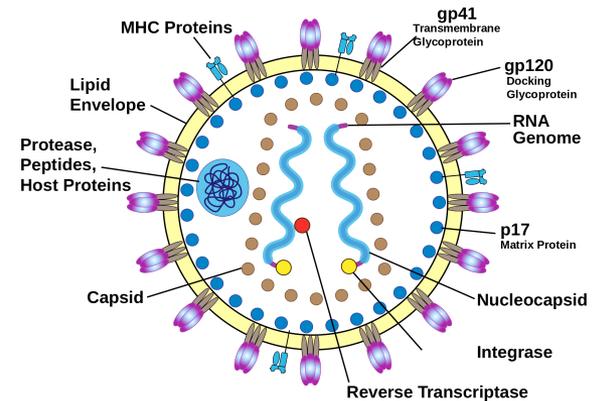
Virus isolato nel 1983
(Montagnier/Gallo) ma ruolo
eziologico ammesso solo nel 1984.
Il suo isolamento permise di
mettere a punto test sierologici per
la sua identificazione (1985)



HIV – Origine del virus

- HIV sarebbe verosimilmente esistito per lungo tempo in **piccole comunità tribali dell'Africa**
- L'**urbanizzazione** ha portato a grandi spostamenti di persone e all'aumento degli **scambi sessuali** (Es. A Kinshasa centro di sorveglianza internazionale dell'AIDS)
- **Prevalenza da 12% al 10-20% in pochi anni**

Il virus



- HIV-1/2 = Human Immunodeficiency Virus
- Famiglia ***Retroviridae***, sottofamiglia *Lentiviridae*, virus che danno luogo a infezioni “lente” (**lungo intervallo tra infezione e sintomi**)
- 100 nm di diametro, dotato di involucro esterno (envelope)
- Genoma a **RNA**
- Tre geni principali:
 - “**gag**” codifica per le proteine capsidiche e nucleocapsidiche
 - “**pol**” codifica per le proteine enzimatiche
 - “**env**” codifica per le proteine del pericapside virale

Modalità di trasmissione

- **Trasmissione sessuale**: sia eterosessuale che omosessuale e si attua attraverso **rapporti vaginali, anali e oro-genitali non protetti dal preservativo**
- **Trasmissione parenterale**: trasfusione di sangue, iniezione accidentale, esposizione di una membrana mucosa, **contatto diretto** tra ferite cutanee profonde, aperte e sanguinanti, contatto con sangue o altri liquidi biologici sulle mucose
- **Trasmissione verticale**: in utero per **diffusione transplacentare**, durante il parto attraverso il **canale del parto infetto**, dopo la nascita attraverso il **latte materno**. Il rischio maggiore è associato a un'alta carica virale materna e un basso numero di cellule T CD4+.

Modalità di trasmissione

Contatti personali non sessuali, esposizione a saliva, contatti con urine e punture di insetti non sono mai stati direttamente implicati nella trasmissione di HIV

Come NON si trasmette l'HIV



Che vuol dire sieropositivo??

- *Sieropositivo*: soggetto che è venuto in contatto con il virus e ha sviluppato gli anticorpi
- **La sieropositività dura tutta la vita**

**SIEROPOSITIVO ≠
MALATO DI AIDS**



Fasi del decorso clinico

- Infezione primaria (sintomatica o asintomatica)
- Latenza clinica
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (**AIDS**)

INFEZIONE PRIMARIA

- presente nel **30-60%** dei pazienti
- caratterizzata da **febbre, sonnolenza, astenia, cefalea, linfadenopatia, eruzioni cutanee e, più raramente, meningoencefalite**
- un'elevata **replicazione virale** che persiste fino allo sviluppo della risposta immunitaria contro l'HIV (da una settimana a tre mesi dopo)

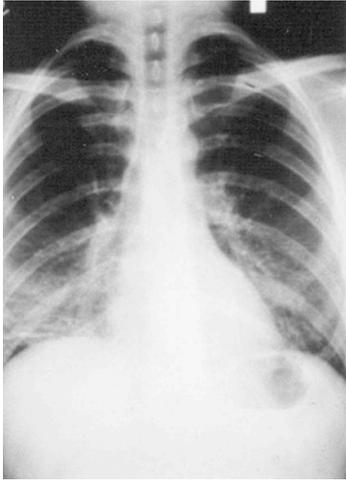
LATENZA CLINICA

- graduale **deterioramento del sistema immunitario**
- **carica virale bassa nel sangue periferico ma alta negli organi linfoidi** (serbatoio di virus e cellule infette)

AIDS/FASE SINTOMATICA

- **sintomi aspecifici** come perdita di peso e astenia, **infezioni opportunistiche e tumori**

AIDS/Fase sintomatica



Polmonite da
Pneumocystis jirovecii



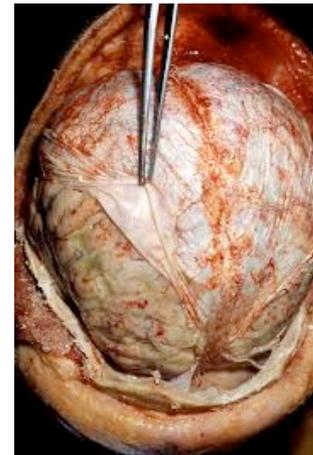
Sarcoma di Kaposi



Candidosi profonde



Tubercolosi



Meningiti/encefaliti

Decorso clinico

Per la maggior parte dei soggetti il **tempo medio tra l'infezione e la comparsa di AIDS è di 10 anni**

- Circa il 5% dei soggetti sviluppa la malattia in 5 anni (**progressori rapidi**)
- il 5-15% può sviluppare l'AIDS dopo 15 anni (**progressori lenti**)
- l'1% riesce a mantenere un'elevata conta linfocitaria e una bassa carica virale senza segni e sintomi di malattia per oltre 15 anni (**non progressori a lungo termine**)

Prevenzione

- Tossicodipendenza:

- siringhe sterili
- profilattico



- Via sessuale:

- **profilattico**
- misure di controllo delle MST
- Terapia pre-esposizione (PrEP)



- Via verticale

- profilassi con antiretrovirali nella gravida e nel neonato
- evitare l'allattamento



Prevenzione

Via parenterale (trasfusioni ed emoderivati)

- screening donatori
- inattivazione al calore di fattori della coagulazione e degli emoderivati



Via parenterale (esposizione accidentali in operatori sanitari):

- Precauzioni universali
- Profilassi con antiretrovirali
 - Profilassi post-esposizione



HAART – Highly Active Anti-Retroviral Therapy

- Introdotta nel 1996
- Impiego di una associazione di farmaci
- Riduce la morbosità e la mortalità correlate all'infezione migliorando la qualità di vita del paziente
- La soppressione della carica virale entro 3-6 mesi dall'inizio della terapia comporta un recupero immunologico e una riduzione dello stato di infiammazione cronica

La dimensione del problema in Italia - AIDS

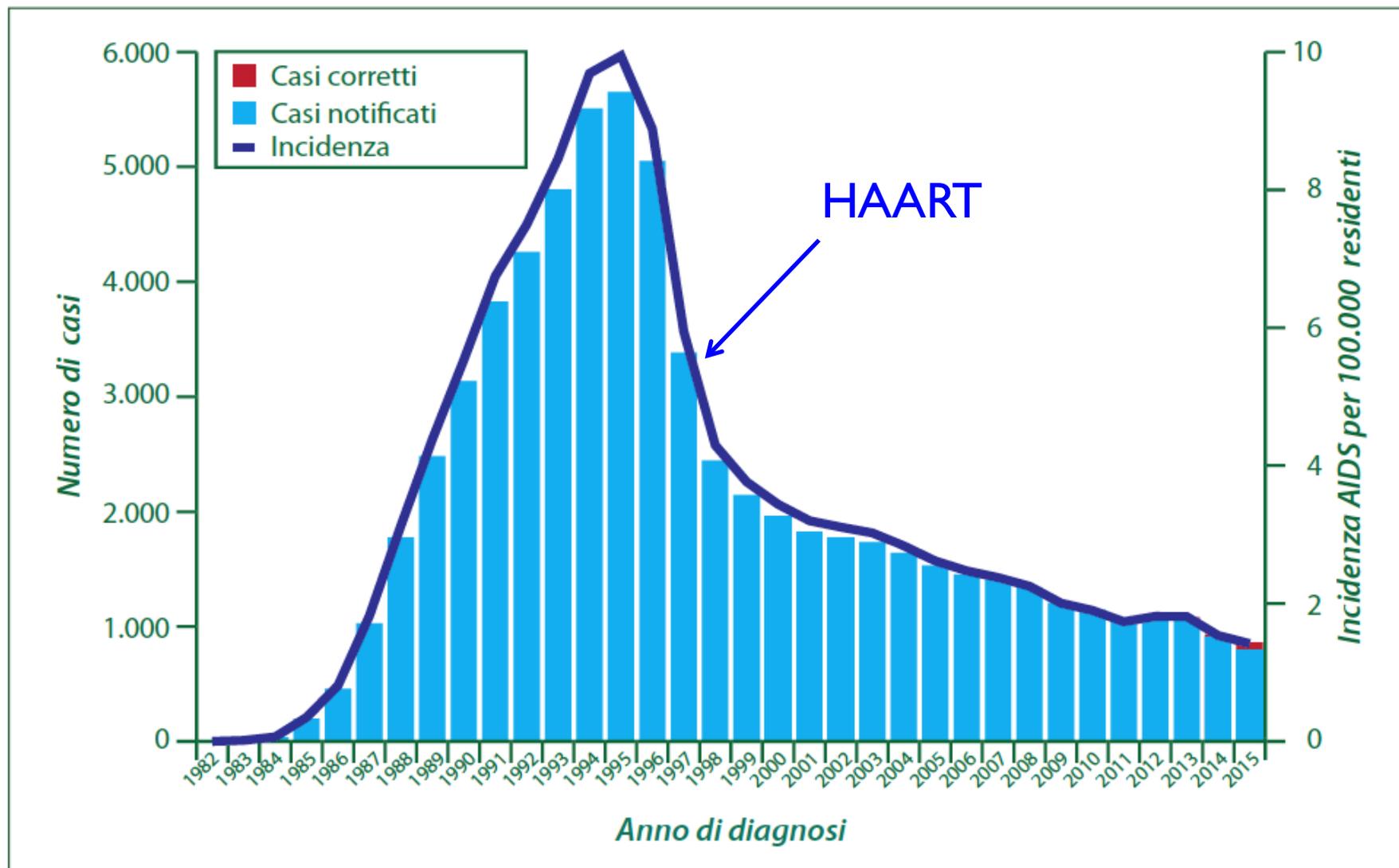
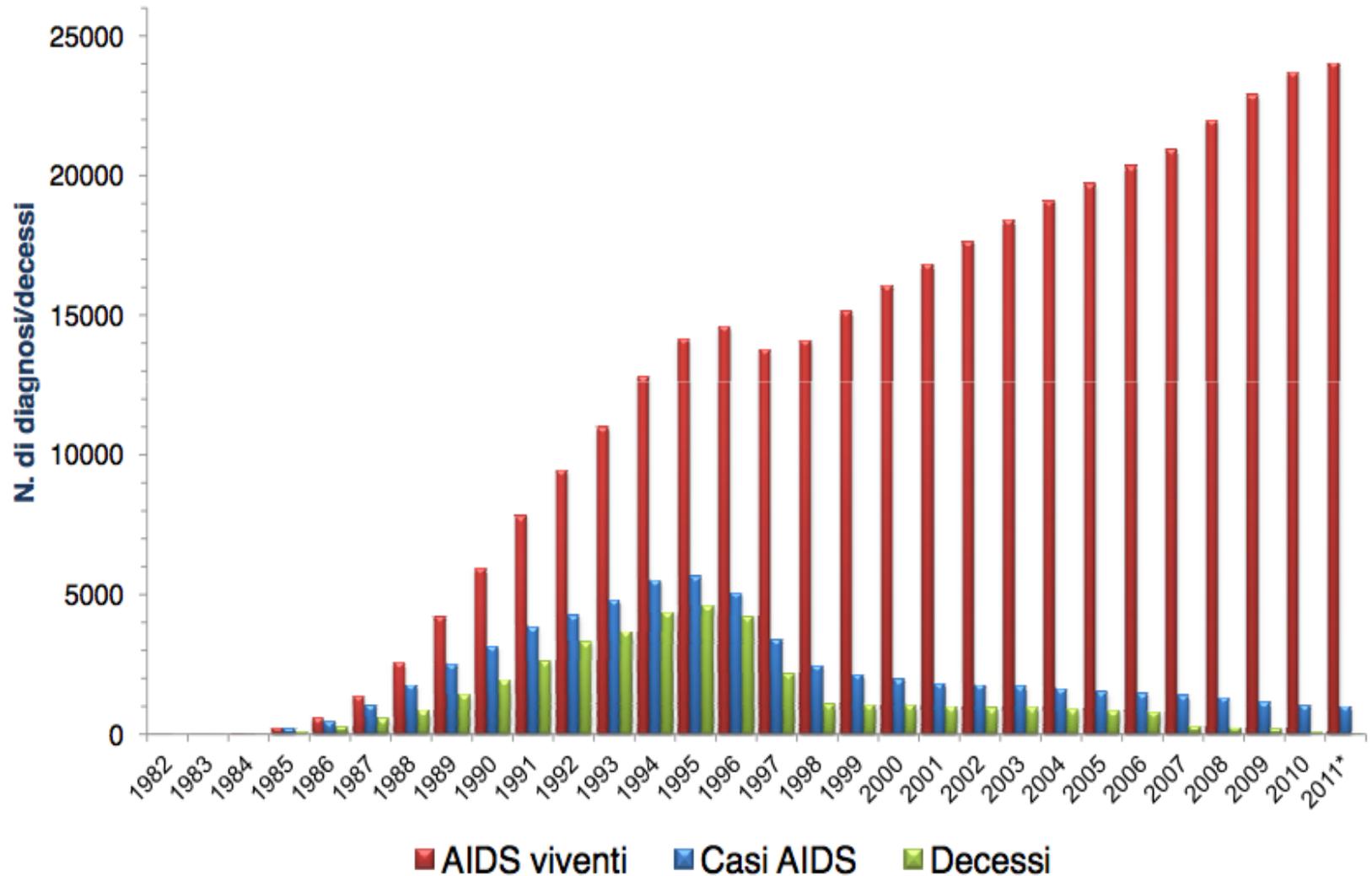


Figura 10 - Numero dei casi di AIDS e incidenza per anno di diagnosi (per 100.000 residenti), corretti per ritardo di notifica (1982-2015)

La dimensione del problema in Italia - AIDS



Prevenzione

E' necessario potenziare gli interventi diretti alle fasce giovanili, realizzando programmi che fornendo informazioni corrette su HIV e altre MST forniscano gli strumenti necessari per proteggersi dall'infezione.

Self empowerment

(coinvolgimento personale dei destinatari dell'intervento)

Behaviour change

(modifica dei comportamenti in seguito all'aumento delle conoscenze)

Campagne Informative



AIDS. La sua forza finisce dove comincia la tua.
Per saperne di più 800 861 061

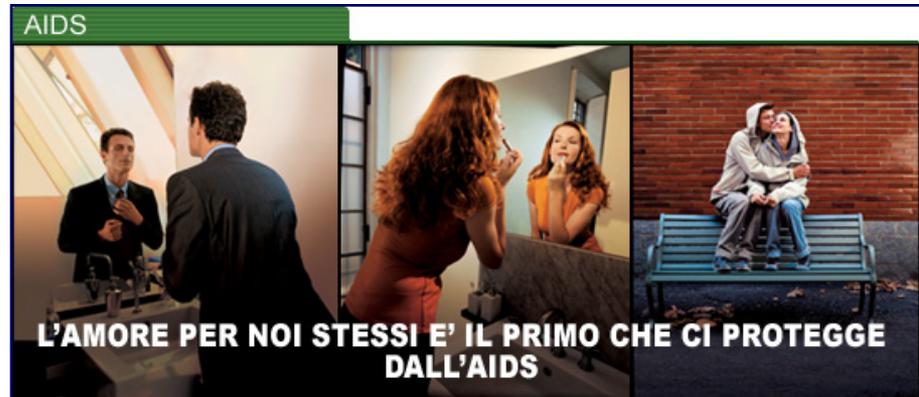


Ministero della Salute
www.salute.gov.it

2010



2009



Campagne Informative



2007



2006



2003



2004

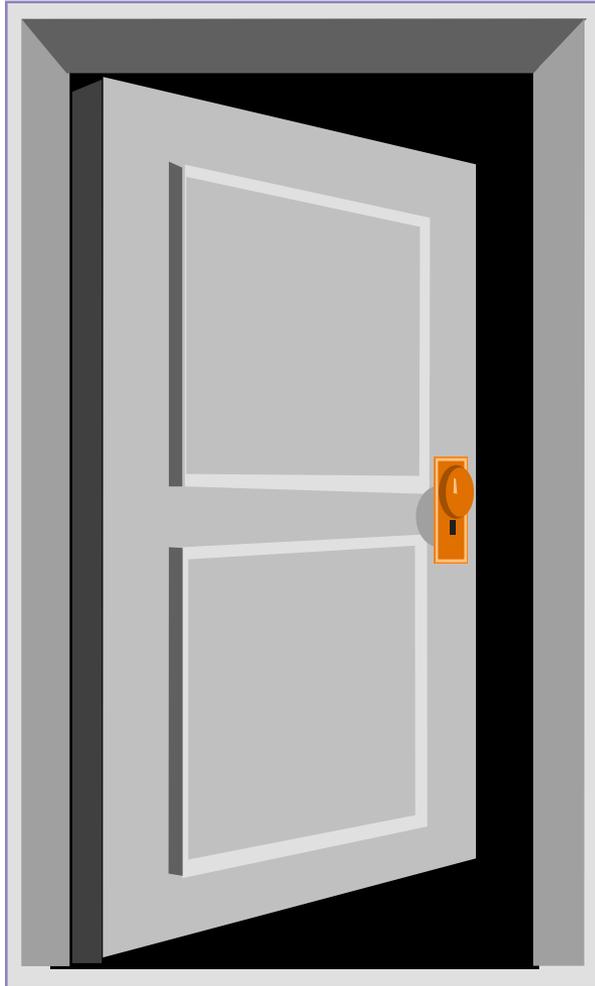
Legge 135 del 5 Giugno 1990

“Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all' AIDS”

Art.5

1. Gli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro professione, vengano a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, anche non accompagnato da stato morboso, sono tenuti a *prestare la necessaria assistenza* adottando tutte le misure occorrenti per la *tutela della riservatezza della persona assistita*.
2. Fatto salvo il vigente sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di AIDS conclamato e le garanzie ivi previste, *la rilevazione statistica dell'infezione da HIV deve essere comunque effettuata con modalità che non consentano l'identificazione della persona [...]*.
3. *Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse. Sono consentite analisi di accertamento di infezione da HIV, nell'ambito di programmi epidemiologici, soltanto quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi con assoluta impossibilità di pervenire all'identificazione delle persone interessate.*
4. *La comunicazione dei risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per l'infezione da HIV può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti.*
5. *L'accertata infezione da HIV non può costituire motivo di discriminazione, in particolare per l'iscrizione a scuola, per lo svolgimento di attività sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro.*

Ambulatorio di counselling e screening HIV



-  **accesso diretto**
-  **non è richiesta l'impegnativa**
-  **test gratuito**
-  **test anonimo**

Centro di Riferimento Regionale AIDS

U.O.C. Igiene

AOUC Policlinico di Bari

P.zza G. Cesare, 11 - Bari

Tel. 080/5592328 – 080/5478474

Lunedì-Venerdì 09:00 - 12:00

COUNSELLING



Pre-test

Consiste in un breve colloquio tra l'operatore sanitario e l'individuo che accede al test.



Post-test

Consiste in un colloquio tra l'operatore sanitario e l'individuo che ha effettuato il test, finalizzato alla comunicazione del risultato del test.

Counselling Pre-test

Obiettivi:

- ✦ Permettere che l'individuo descriva la sua situazione e l'eventuale rischio;
- ✦ Identificare un fattore di rischio e verificare che l'individuo ne abbia coscienza;
- ✦ Fornire spiegazioni sull'infezione da HIV e sulle modalità di contagio;
- ✦ Indicare i metodi diagnostici e individuare il periodo finestra;
- ✦ Preparare l'individuo al risultato del test;
- ✦ Controllare l'ansia dell'individuo e supportarlo nell'affrontare l'esperienza.

Counselling post-test

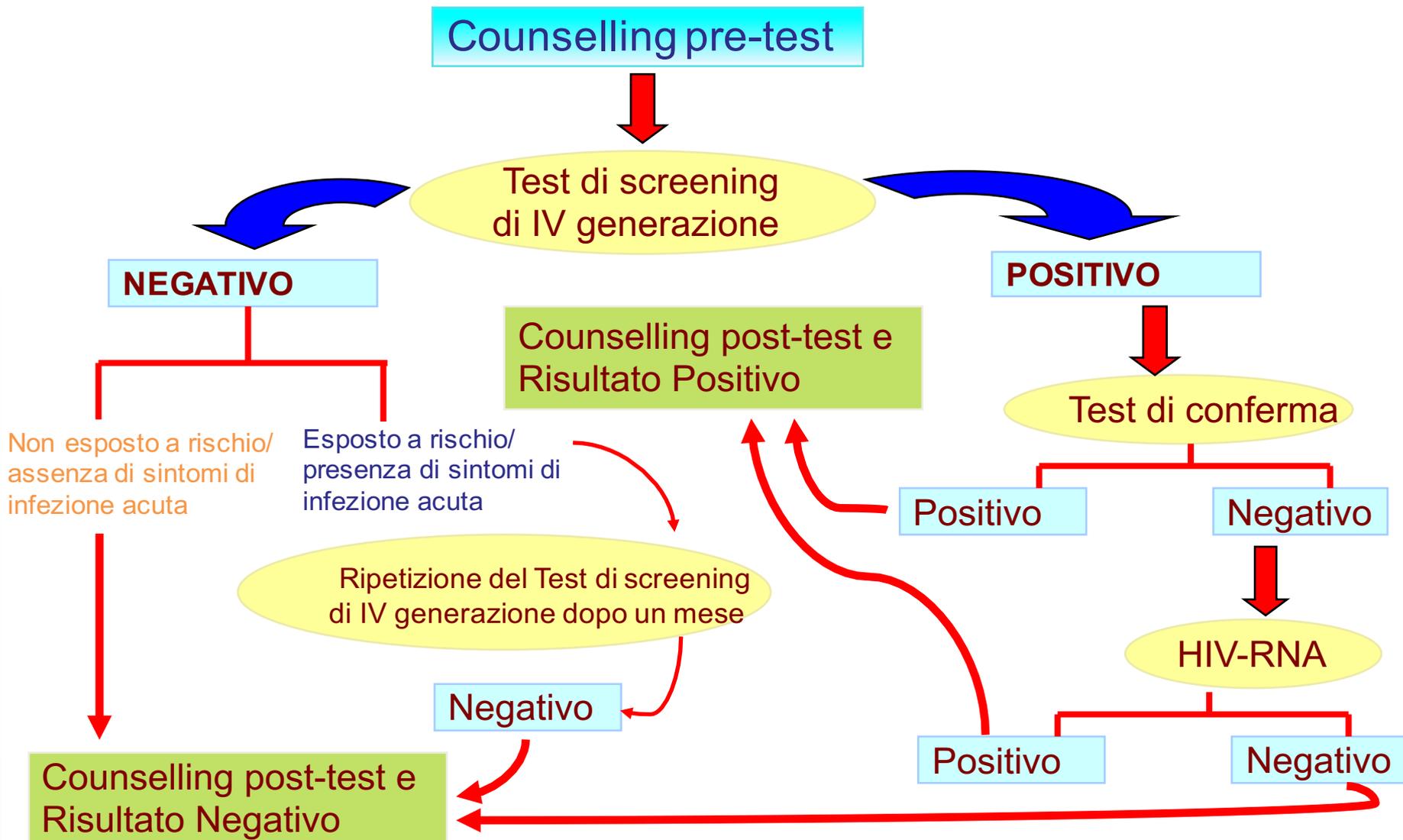
Obiettivi:

- ✦ Comunicare subito il risultato;
- ✦ Indicare il significato del risultato e le conseguenze che ne derivano;
- ✦ Riconoscere lo stato d'animo del paziente e fornirgli un supporto psicologico.

Contact Tracing

Partner Notification

Algoritmo per la diagnosi di laboratorio dell'infezione da HIV



HIV

Considerazioni e conclusioni



HIV

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

...è STRETTAMENTE necessario...

- Implementare la prevenzione primaria
 - Interventi informativi rivolti alla popolazione mirati a **non sottovalutare la percezione del rischio dell'infezione da HIV**
- Promuovere **comportamenti sessuali “sicuri”** per ridurre il rischio di trasmettere l'HIV e altre infezioni trasmissibili per via sessuale
- Promuovere la prevenzione secondaria favorendo **l'accesso al test**
 - Gratuità, ruolo dei MMG, Social Network

Grazie per l'attenzione!!

